



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA
presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL.

Título: “Percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama. Posibles intervenciones desde Terapia Ocupacional”

Autoras:

Bruno, Julieta. D.N.I. 42.326.385

Therán, Laura. D.N.I. 42.332.001

Directora:

Mg. Sánchez, Candela

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación:

16/12/2022

Firmas de Autoras:

Agradecimientos

En primera instancia queremos agradecer a las mujeres del grupo Abriendo Caminos que formaron parte de nuestra investigación, por su excelente predisposición y por habernos contado aspectos de su vida profundos y movilizantes.

A nuestra familia y amigos/as, quienes nos acompañaron pacientemente en todo el transcurso de la carrera. A nuestros padres Vanina, Norma y Gustavo, por haber sido el sostén emocional y económico que nos permitió seguir esta profesión.

Por último y no menos importante, quisiéramos agradecer a todas las docentes que fueron parte de nuestra formación profesional, transmitiendo el amor por la Terapia Ocupacional. Especialmente a Candela Sanchez, por haber sido una guía fundamental durante y en la culminación de nuestro camino.

“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana.” (J. C. Jung)

Laura Theran y Julieta Bruno.

Resumen

El objetivo del presente estudio es analizar las percepciones de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama sobre su calidad de vida, a fin de sugerir posibles intervenciones desde Terapia Ocupacional.

El cáncer es una enfermedad de alta repercusión que afecta a las personas, a sus hábitos y desempeño ocupacional, contribuyendo así a la segunda causa de muerte a nivel mundial, luego de las enfermedades cardiovasculares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tipo de cáncer más común es el de mama. Según las estadísticas del año 2020, hubo más de 2,2 millones de casos donde alrededor de 685.000 mujeres fallecieron como consecuencia de esa enfermedad. Alrededor de la mitad de los casos de cáncer de mama corresponden a mujeres sin ningún factor de riesgo identificable, a excepción del género femenino y la edad adulta.

Los tratamientos para abordar dicha enfermedad se dan mediante procesos de quimioterapia, radioterapia, medicación oral, cirugías parciales y/o mastectomía.

La investigación que se ha desarrollado es un estudio de casos cuantitativo, de carácter observacional, descriptivo y transversal. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron una entrevista estructurada individual y la evaluación autoadministrada “WHOQOL BREF”, la cual consta de preguntas cerradas y categorizadas que arrojan datos de tipo cuantitativos, a fin de obtener más información sobre la visión que cada una de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama tiene sobre su calidad de vida. Se contactaron a 5 personas adultas pertenecientes al grupo “Abriendo Caminos”. Las mujeres participantes debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión: haber sido diagnosticadas con cáncer de mama del 2010 en adelante, que actualmente se encuentren con el alta médica, haber recibido algún tratamiento, y ser persona adulta que se encuentre dentro del rango etario de 40-65 años.

Cómo conclusión de la investigación realizada, se evidenció que las mujeres evaluadas consideran su calidad de vida entre normal a muy buena, también expresan que su vida tuvo mucho sentido o en extremo y que el apoyo de amistades fue y es fundamental, aceptan su apariencia física moderadamente o mucho y se sienten satisfechas consigo mismas.

En base al análisis realizado, se propusieron intervenciones de Terapia Ocupacional que se desprenden de la Ley nacional n° 27.051.

Palabras Claves (términos DECS):

Cáncer de mama - Terapia Ocupacional - Calidad de vida

Índice

I.	Introducción.....	4
II.	Objetivos.....	8
	Objetivo general.	
	Objetivo específico.	
III.	Marco Teórico.....	9
	III. a.- Antecedentes	
	III. b.- Cáncer de mama	
	III. c.- Calidad de vida y salud	
	III. d.- Terapia Ocupacional en cáncer	
IV.	Justificación.....	21
V.	Metodología:	22
VI.	Resultados.....	24
VII.	Discusión y conclusión.....	32
VIII.	Referencias.....	35
IX.	Anexos.....	40
	Anexo 1	
	Anexo 2	
	Anexo 3	
	Anexo 4	

I. INTRODUCCIÓN:

La presente tesina tuvo como objetivo analizar las percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama, a fin de sugerir posibles intervenciones desde la Terapia Ocupacional (TO). Según Wertheimer en Carterette y Friedman (1982), la percepción significa un estado subjetivo, a partir del cual se ejecuta una abstracción del mundo externo.

La Terapia Ocupacional, según lo establecido por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales en el año 2012, es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través del uso terapéutico de las ocupaciones. Su principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los profesionales logran este resultado mediante la adaptación del entorno y la rehabilitación de las mismas para realizar las tareas que optimizarán su capacidad de participación.

Con el objeto de establecer el marco general del ejercicio profesional de la TO en Argentina, se sanciona en el año 2014 la ley N° 27.051 de “Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional”. Este marco está basado en los principios de integridad, ética y bioética, idoneidad, equidad, colaboración y solidaridad, sin perjuicio de las disposiciones vigentes dictadas por las autoridades jurisdiccionales y las que en lo sucesivo establezcan en todo el territorio nacional. La ley previamente mencionada abarca como áreas de intervención las Actividades de la Vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

Se podrían mencionar diversas situaciones donde la TO puede intervenir, una de ellas es cuando una persona es diagnosticada con una patología que conlleva una alteración en su vida diaria, como lo es la enfermedad del cáncer. Dicha enfermedad se define como una enfermedad de alta repercusión que afecta a las personas, a sus hábitos y desempeño ocupacional, contribuyendo así a una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016, los tipos de cáncer que más afectan a la población mundial son los pulmonares, hepáticos, gástricos, mamarios y esofágicos. Como consecuencia de las afecciones que sufren las personas diagnosticadas, se ve disminuida la capacidad de desempeño, la cual es definida como “la capacidad de realizar actividades, proporcionada por el estado de los componentes subyacentes, objetivos físicos y mentales, y la experiencia subjetiva correspondiente.” (Kielhofner, 2016, p.150)

Para el tratamiento del cáncer se emplean fármacos cuya función es impedir la reproducción de las células cancerosas, aunque también se suele combinar con cirugía y radioterapia, modalidad que se llama *tratamiento combinado o multidisciplinar*. Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico utilizado y entre ellos se encuentran alopecia, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunosupresión, hemorragias, entre otros (Brighton & Wood, 2005).

Según la OMS, dentro de los tipos de cáncer más comunes se ubica el de mama. Este cáncer se origina en las células del revestimiento (epitelio) de los conductos (85%) o lóbulos (15%) del tejido glandular de los senos. Al comienzo, el tumor canceroso está confinado en el conducto o lóbulo (*in situ*), donde generalmente no causa síntomas y tiene un mínimo potencial de diseminación (metástasis). Con el paso del tiempo, este tumor *in situ* (estadio 0) puede progresar e invadir el tejido mamario circundante (invasivo), y a continuación propagarse a los ganglios linfáticos cercanos (metástasis regional) u a otros órganos del organismo (metástasis distante). Cuando una mujer muere de cáncer de mama es como consecuencia de la metástasis generalizada.

Según expresan Castillo, Díaz, Jelvez y López (2018) las personas son consideradas como seres activos, que interactúan con el medio, motivadas por intereses intrínsecos y adaptándose a los continuos cambios que surgen durante su vida. Por lo general, las personas diagnosticadas con cáncer, carecen de la motivación intrínseca propia, se encuentran en un ambiente privado de estímulos, sus habilidades para el desempeño de tareas se modifican, su entorno familiar y social puede desestructurarse, y su ocupación y su rol se ven alterados. En otras palabras, la enfermedad y la complejidad de los tratamientos llegan a afectar los roles ocupacionales y rutinas en la vida diaria, actividades educativas, laborales, de esparcimiento y participación social de la persona.

El tratamiento resulta ser muy eficaz, en particular cuando la enfermedad se detecta temprano. Según Cáceres Zurita (2007), con los avances de la medicina en la actualidad se curan un gran número de personas. Cada paciente es único y su forma de responder a los tratamientos es diferente. A menudo, consiste en una combinación de detección precoz y las terapias eficaces, basadas en extirpación quirúrgica, radioterapia y medicación (terapia hormonal, quimioterapia y/o terapia biológica dirigida) para tratar el cáncer microscópico que se ha propagado del tumor mamario a través de la sangre. Por consiguiente, ese tratamiento, que puede impedir la progresión y diseminación del cáncer, salva vidas.

Retomando con lo expresado por Cáceres Zurita, dicha patología y tratamientos pueden provocar alteraciones en la vida de las personas, manifestándose de diversas maneras tales

como el aislamiento social, la disminución de actividad física, la pérdida de autonomía, el cambio de roles, las modificaciones en su imagen corporal y sentimientos de preocupación, ansiedad y miedo, entre otros. Hoy en día el tratamiento no se limita a la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia: los aspectos psicológicos y sociales que conlleva esta enfermedad son cada vez más tomados en consideración, ya que al cuidarlos se mejora la calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, una persona con cáncer de mama recibe el alta en el momento en que no tenga ningún riesgo de recidiva de la enfermedad.

Dentro del campo oncológico existen investigaciones que señalan las limitaciones o restricciones que sufren las personas tanto en las actividades de la vida diaria (AVD), como en las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI). Esto se da debido a la pérdida de movilidad, equilibrio y funciones motoras, limitaciones físicas y fatiga, reduciendo la tolerancia ante la actividad física, y el desempeño ocupacional. Este último se define como la capacidad de hacer y completar una actividad seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre la persona, el contexto/entorno y la actividad. Por lo tanto la disminución de este desempeño conlleva a que las personas se sientan improductivas en la realización de sus actividades y pasen la mayor parte de su tiempo sin realizar ocupaciones que sean de su interés, causando un mayor deterioro físico y mental. (Castillo, Díaz, Jelvez, López, 2018)

Continuando con lo establecido por los autores Castillo, Díaz, Jelvez y Lopez, resulta relevante trabajar con las personas diagnosticadas con cáncer en conjunto con sus redes de apoyo, y que a su vez reciban el sostén, asesoramiento y acompañamiento de equipos interdisciplinarios integrados por: médicos oncólogos, fisiatras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Estos últimos se encargan, específicamente, de que las personas logren llevar a cabo y desarrollarse en actividades que son significativas para ellas, a fin de que mejoren su calidad de vida y aumente su funcionalidad, seguridad y autoestima, a través de intervenciones propias de la profesión.

Por su lado, una de las definiciones más completas sobre la calidad de vida es la que estableció la OMS en el texto calidad de vida relacionada con salud:

...la percepción de un individuo sobre su posición en la vida en el contexto de su cultura y de su sistema de valores y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (...) el concepto incorpora de una manera compleja la salud física de una persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los aspectos prominentes del medio ambiente (1998)

Diferentes autores la han descrito desde diversos puntos de vista de acuerdo a la disciplina a la que pertenecían. En lo que respecta a la perspectiva ocupacional, Trujillo (2002) concibe la calidad de vida como un sentimiento, lo cual implica que esta tome un valor diferente para cada ser humano. Dicha perspectiva influye en la gratificación personal, porque al realizar una actividad productiva se generan sentimientos de bienestar.

Calidad de vida es, entonces, una evaluación subjetiva que solo puede realizarse si se incorpora al contexto cultural, social y medio-ambiental de la persona. Este concepto está compuesto por múltiples dimensiones que abarcan pero también trascienden al “estado de salud”, el “estilo de vida”, la “satisfacción con la vida”, el “estado mental” y el “bienestar”.

A partir de los aspectos señalados, se advirtió la importancia de idear estrategias para mejorar la calidad de vida en personas que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama, y cuyo tratamiento puede afectar diversas áreas ocupacionales. Se sostiene aquí que un relevamiento de las percepciones que estas personas tienen acerca de su calidad de vida puede contribuir a desarrollar tales estrategias desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

II. OBJETIVOS:

Objetivo general

1. Analizar las percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama, con la finalidad de determinar posibles intervenciones desde Terapia Ocupacional.

Objetivos específicos

- 1.1. Identificar y describir las percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama.
- 1.2. Describir las posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en relación a la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama.

III. MARCO TEÓRICO:

En el presente marco teórico se detallaron en profundidad las palabras claves seleccionadas para la investigación.

En un comienzo se expusieron los antecedentes de la presente investigación, luego se definió cáncer de mama, su etiología, las etapas de la patología y los tratamientos. Posteriormente se desarrolló el concepto de calidad de vida en relación a la salud, y para finalizar, el concepto de Terapia Ocupacional en cáncer.

III. a.- Antecedentes

La idea de realizar esta investigación para la producción de este trabajo nace a partir de inquietudes que fueron experimentadas de manera individual, y a partir de ellas, se desarrollaron más inquietudes que se co-construyeron en conjunto durante el transitar por la carrera. Al plantear la temática se optó por consultar con profesionales docentes de la carrera y de otras áreas relacionadas a la salud, inspeccionar en la lectura de textos, investigaciones, leyes y documentos que abrieron un abanico de posibilidades e hicieron posible recorrer y profundizar en distintas visiones respecto de una misma problemática y que posteriormente orientaron hacia la elaboración de la presente tesina de grado. En este apartado se mencionan aquellos trabajos que se relacionan más profundamente con ésta investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) facilitó el acceso a la información general sobre el cáncer y específica sobre el cáncer de mama, brindando también estadísticas a nivel mundial.

Además, la investigación llevada a cabo por Castillo C; Díaz G; Jelvez E; López A. en el año 2018 llamada “Función de la Terapia Ocupacional en usuarios con Cáncer terminal”, tiene como objetivo informar y evaluar la literatura publicada relacionada con terapia ocupacional, cuidados paliativos, equipo multidisciplinario y oncología. En la actualidad el cáncer es una enfermedad de alta incidencia, que afecta al usuario, sus patrones y desempeño ocupacional. Por ello, la función del terapeuta ocupacional, es necesaria para mejorar su calidad de vida a través de cuidados paliativos. A pesar de la escasa información, la terapia ocupacional cumple un rol importante en cuidados paliativos en conjunto con el equipo multidisciplinario, utilizando diversas estrategias para favorecer el bienestar y la independencia del usuario con cáncer.

Otro estudio que se consideró relevante es el de Urzua A y Caqueo – Urizar A., realizado en el año 2012 titulado “Calidad de vida: una revisión teórica del concepto”. El cual percibe que el concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el

campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, plantea que no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizado. Para varios autores la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico. En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales, desarrollaron un grupo de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el cual propuso una definición propia de calidad de vida (The WHOQOL Group, 1995).

Por último, la investigación llevada a cabo por Merino Suarez M. en el año 2017 titulada “Terapia Ocupacional en mujeres con cáncer de mama, una mirada desde el modelo canadiense del desempeño ocupacional”, persigue el objetivo de determinar cómo la práctica de terapia ocupacional, se vuelve necesaria en situaciones complejas de vida como lo es el cáncer de mama. A través de esta investigación se puede fortalecer la intervención desde la terapia ocupacional en mujeres con cáncer de mama, donde la práctica con un enfoque de derechos permite validar y visualizar la inclusión de mecanismos asociados a los cuidados paliativos enfocados a mantener o mejorar la calidad de vida de la persona llamada superviviente del cáncer.

Estas investigaciones fueron precursoras para pensar y elaborar la presente tesina, acentuando la relevancia de la calidad de vida en personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama y como aporte para generar y apropiar diferentes conocimientos en las intervenciones realizadas por los terapeutas ocupacionales

III. b.- Cáncer de mama

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tipo de cáncer más común es el de mama. De acuerdo a las estadísticas del año 2020, hubo más de 2,2 millones de casos donde alrededor de 685.000 mujeres fallecieron como consecuencia de esa enfermedad.

El cáncer de mama afecta a mujeres de cualquier edad luego de haber transitado la fase de la pubertad en todos los países del mundo, pero las tasas aumentan en la vida adulta de las mismas. (...) Alrededor de la mitad de los casos de cáncer de mama corresponden a mujeres sin ningún factor de riesgo identificable, a excepción del género femenino y la edad adulta. Algunos factores pueden aumentar el riesgo de padecer esa enfermedad, como son el envejecimiento, la obesidad, el consumo perjudicial de alcohol, los antecedentes familiares de cáncer de mama, el historial de exposición a la radiación, el historial reproductivo, el consumo de tabaco y la terapia hormonal posterior a la menopausia.(...) La pertenencia al género femenino es el principal factor de riesgo de cáncer de mama. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Asimismo, la OMS (2021) afirma que el cáncer de mama se presenta más frecuentemente como un nódulo o engrosamiento indoloro en el pecho. También, menciona la importancia de que las mujeres que detecten una hinchazón anormal en el seno acudan a un profesional de la salud sin demorarse más de 1-2 meses aunque no sientan ningún dolor asociado al nódulo. Solicitar atención médica al primer signo de un posible síntoma contribuye a un mayor éxito del tratamiento.

Cuando el cáncer de mama se detecta y trata a tiempo, las posibilidades de supervivencia son muy altas. Sin embargo, las mujeres en muchos entornos enfrentan barreras complejas para la detección temprana, incluidos factores sociales, económicos, geográficos y otros factores interrelacionados, que pueden limitar su acceso a servicios de atención de la salud mamaria oportunos, asequibles y efectivos (National Library of Medicine, 2020).

Frente al diagnóstico de cáncer de mama, la mujer experimenta generalmente sentimientos de miedo, ansiedad, tristeza y negación, así como dudas y cuestionamientos, debido al estigma de enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte.

Generalmente, los síntomas del cáncer de mama son los siguientes: nódulo o engrosamiento en el seno, alteración en el tamaño, forma o aspecto de un seno, aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otra alteración en la piel, cambio de aspecto del pezón o la alteración en la piel circundante (areola), secreción anormal del pezón. “Existen diversas razones por las que se desarrollan nódulos mamarios, que en su mayoría no son cáncer. Hasta

el 90% de las masas mamarias no son cancerosas. Entre las anormalidades no cancerosas del seno figuran las masas benignas como los fibroadenomas y los quistes, así como las infecciones.” (OMS, 2021)

De acuerdo a la OMS (2021), las mujeres con anormalidades persistentes (que por lo general duren más de un mes) deberían someterse a algunas pruebas, como la obtención de imágenes de la mama y, en algunos casos, la toma de muestras de tejido (biopsia) para determinar si la masa es maligna (cancerosa) o benigna.

Los casos de cáncer avanzado pueden erosionar la piel y causar llagas abiertas (ulceraciones) que no son necesariamente dolorosas. Las mujeres con heridas que no cicatrizan en los senos deberían someterse a una biopsia.

El cáncer de mama puede diseminarse a otras partes del organismo y desencadenar otros síntomas. A menudo, el primer lugar más habitual donde se puede detectar la propagación es en los ganglios linfáticos situados en la axila, aunque es posible tener ganglios linfáticos cancerosos que no puedan detectarse. Con el tiempo, las células cancerosas pueden diseminarse a otros órganos, como los pulmones, el hígado, el cerebro y los huesos. Cuando alcanzan esos órganos, pueden aparecer nuevos síntomas relacionados con el cáncer, como dolor óseo o cefaleas.

El tratamiento del cáncer de mama puede ser sumamente eficaz, con probabilidades de supervivencia del 90% o más altas, en particular cuando la enfermedad se detecta de forma temprana. Habitualmente consiste en cirugía y radioterapia para frenar el avance de la enfermedad en el pecho, los ganglios linfáticos y las áreas circundantes (control locorregional) y terapia sistémica (medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral o intravenosa) para tratar y/o reducir el riesgo de diseminación del cáncer (metástasis). Entre los medicamentos contra el cáncer se incluyen la terapia endocrina (hormonal), la quimioterapia y en algunos casos la terapia biológica dirigida (anticuerpos).

Anteriormente, todos los casos de cáncer de mama se trataban quirúrgicamente con la mastectomía (extirpación completa del seno). Cuando los tumores cancerosos son de gran tamaño sigue siendo necesario practicar la misma. Actualmente, la mayoría de los cánceres de mama pueden tratarse con una intervención menor denominada «lumpectomía» o mastectomía parcial, mediante la cual solo se extirpa el tumor. En esos casos, generalmente se aplica radioterapia a la mama para reducir al mínimo las posibilidades de recurrencia del cáncer.

Los ganglios linfáticos se extirpan cuando se lleva a cabo la cirugía de cánceres invasivos. Actualmente se prefiere llevar a cabo una intervención menor, llamada «biopsia centinela de los ganglios linfáticos», porque tiene menos complicaciones. En esa intervención

se usa colorante y/o marcador radiactivo para detectar los primeros ganglios linfáticos a los que podría propagarse el cáncer desde la mama.

Los tratamientos farmacológicos o quimioterapia del cáncer de mama, que pueden administrarse antes («neoadyuvantes») o después («adyuvantes») de la cirugía, se basan en la subtipificación biológica de los cánceres. El cáncer que expresa el receptor de estrógeno (RE) y/o el receptor de progesterona (RP) es probable que responda a las terapias endocrinas (hormonales) como el tamoxifeno o los inhibidores de la aromatasa. Esos medicamentos se administran por vía oral durante 5 a 10 años, y reducen en cerca de la mitad la posibilidad de recurrencia de los cánceres con «receptores hormonales positivos». Las terapias endocrinas pueden causar síntomas de la menopausia, pero en general se toleran bien.

Los tumores cancerosos que no expresan el RE o RP son «receptores hormonales negativos» y deben tratarse con quimioterapia salvo que sean muy pequeños. En la actualidad, las pautas de quimioterapia disponibles son muy eficaces para reducir las posibilidades de diseminación o recurrencia del cáncer y suelen administrarse como tratamiento ambulatorio. En general, si no hay complicaciones, la quimioterapia para el cáncer de mama no requiere ingreso hospitalario.

Según la OMS (2021) la radioterapia también desempeña un papel importante en el tratamiento del cáncer de mama. En los primeros estadios del cáncer de mama, la radioterapia puede evitar que una mujer tenga que someterse a una mastectomía. En los estadios posteriores de la enfermedad, la radioterapia puede reducir el riesgo de recurrencia incluso cuando se haya realizado una mastectomía. En el estadio avanzado del cáncer de mama, en algunas circunstancias la radioterapia puede reducir la posibilidad de fallecer como consecuencia de la enfermedad.

La eficacia de las terapias contra el cáncer de mama depende del cumplimiento del ciclo de tratamiento completo. El tratamiento parcial es menos probable que culmine con un resultado positivo.

III. c.- Calidad de vida y salud

Según C. Salas Zapata y H. Grisales Romero (2010), la calidad de vida es un concepto complejo y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos polémicos fundamentales es el relacionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por la persona) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el nivel de vida o el estado físico).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Según Schwartzmann (2003), la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que la persona tiene sobre su condición física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como con el sentido que le otorga a su propia vida.

Continuando con el párrafo anterior, el término tuvo diversas connotaciones a través del tiempo: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.

En salud, la calidad de vida se define como la valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global, tanto en relación a su salud como a las consecuencias de la enfermedad y tratamientos. Se evalúa con cuestionarios que abarcan varias dimensiones: funcionamiento social, físico, de rol, entre otras. Generalmente son autoadministrados, constituyéndose un indicador desde la subjetividad del paciente. (Irrázaval, M. Elisa, Rodríguez, Pía F, Fasce, Gerardo, Silva, Fernando W, Waintrub, Herman, Torres, Camilo, Barriga, Carolina, Fritis, Marcela, & Marín, Luis, 2013)

Según Carolina Salas Zapata y Hugo Grisales Romero, aunque la calidad de vida relacionada con la salud se examine generalmente desde un enfoque clínico postratamiento para valorar los resultados de las intervenciones, también admite análisis muy relevantes no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios en el comportamiento y estado de ánimo de una persona después de un diagnóstico médico. Esta perspectiva más amplia de estudio, además de preocuparse por la eliminación de la enfermedad, suma su impacto en la

calidad de vida de las personas. Existen dos importantes características de este enfoque sobre las que se tiene un acuerdo general: que la calidad de vida está representada en un constructo multidimensional y que la fuente primaria de información es la propia persona.

La salud y el bienestar, conceptos relacionados con la calidad de vida, son afectados cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando, asimismo, al autoconcepto, el sentido de vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Schwartzmann (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Como se mencionó anteriormente, el concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el cáncer.

Existe acuerdo entre los investigadores y clínicos en considerar al cáncer de mama como una enfermedad crónica que impacta de modo importante la calidad de vida de las pacientes. Es por esto que se vuelve muy necesario aprender a adaptarse a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que de esta patología se derivan (Urzúa y Jarne, 2008). Existen una serie de variables psicológicas que se asocian a una buena calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, dos de las más importantes son el optimismo y el afrontamiento. Estas dos variables son el foco de la presente investigación.

Además, los avances en técnicas diagnósticas para la detección temprana del cáncer y en tratamientos para determinados tipos de cáncer, como el de mama, así como una expectativa de vida mayor a la de décadas anteriores, impactaron en que la sobrevivencia de los pacientes con cáncer se extienda. De ahí que exista un mayor énfasis en evaluar la calidad de vida que estas personas tienen. La cuestión pasa a ser, no solamente vivir más, sino conocer en qué condiciones se hace/hará. Este interés en la calidad de vida es un componente central cuando se trata de enfermedades que amenazan la vida, porque permite obtener un panorama más global de la situación para cada paciente.

La Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (2010) define a la calidad de vida como “la apreciación dinámica de la satisfacción de la vida del cliente (percepción de progreso hacia sus propias metas), la esperanza (la creencia real o percibida de que uno puede dirigirse hacia una meta por los caminos seleccionados), el auto-concepto (conjunto compuesto de creencias y

sentimientos acerca de uno mismo), la salud y el desempeño (incluyendo el estado de salud, las capacidades para el autocuidado), y los factores socioeconómicos, por ejemplo, la vocación, la educación, los ingresos económicos.” (p. 52) .

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. Además, la mujer desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitados.

Los distintos profesionales que trabajan con el paciente oncológico entienden que la evaluación y la mejora de la calidad de vida es un área muy importante dentro de la atención que se ofrece a las personas con cáncer.

Según J.I. Arraras, J.J. Illarramendi, A. Manterola, E. Salgado y M.A. Domínguez (2007), la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama puede estar influenciada por variables de contenido biológico como el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el pronóstico, las oportunidades de rehabilitación disponibles, los efectos secundarios del tratamiento o los propios síntomas de la enfermedad. Variables psicosociales claves de la calidad de vida, como la imagen corporal, el estado emocional o las relaciones de pareja, pueden verse afectadas por la enfermedad y los tratamientos. Los factores psicológicos y sociales pueden influir además en el ajuste emocional de las pacientes a la enfermedad y en el mismo proceso de valoración que hacen de su calidad de vida, ya que ésta es una variable subjetiva.

Asimismo, se ha dado un incremento en la esperanza de vida de las pacientes con cáncer de mama, incluyendo la de las pacientes con enfermedad avanzada, debido entre otros motivos a la mejora en la eficacia de los tratamientos. Este incremento nos plantea preguntas importantes sobre cómo mantener y mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan limitaciones causadas por la enfermedad y por las complicaciones y efectos secundarios del tratamiento.

III. d.- Terapia Ocupacional en cáncer

Según el marco de trabajo, la terapia ocupacional es una profesión en constante evolución. A lo largo de los años, el estudio de la ocupación humana y sus componentes ha aclarado los conceptos fundamentales y los términos que guían la práctica de terapia ocupacional. A esto se añade la evolución de la propia disciplina y su aporte a la sociedad.

“El campo concerniente a una profesión consiste en aquellas áreas de la experiencia humana en las que los profesionales ofrecen asistencia a otros.” (Mosey, 1981, p.51) Los terapeutas ocupacionales centran su actuación en hacer que las personas se involucren en las AVD que tienen sentidos para cada uno y por lo tanto un propósito. El ámbito de la Terapia Ocupacional se basa en el interés de la habilidad del ser humano en involucrarse en las actividades cotidianas. El término que los Terapeutas Ocupacionales utilizan para recoger la amplitud y significado de las “actividades de cada día” es ocupación. Esta se define como:

“actividades de la vida cotidiana, denominadas, organizadas con un valor y significado concreto para las personas de una determinada cultura. la ocupación es lo que hacen las personas para el desempeño de sus roles, que incluye el cuidado de sí mismo, el ocio, la participación social, entre otros.” (Law, Polatajko, Baptiste & Townsen, 1997, p.32)

Según la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (1967), la Terapia Ocupacional es una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

Dentro de la Ley 27. 051 de ejercicio profesional de Terapeutas Ocupacionales, establece que la disciplina podrá ejercer su actividad profesional en forma autónoma o integrando equipos específicos interdisciplinarios o transdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios. La presente Ley tiene por objeto establecer el marco general del ejercicio profesional de la terapia ocupacional, basado en los principios de integridad, ética y bioética, idoneidad, equidad, colaboración y solidaridad, sin perjuicio de las disposiciones vigentes dictadas por las autoridades jurisdiccionales y las que en lo sucesivo éstas establezcan en todo el territorio nacional (artículo 1).

Dicha disciplina interviene en diversas áreas, como son: geriatría y gerontología, rehabilitación física, salud mental, laboral y salud comunitaria. Aunque se desempeñe en distintos ámbitos, el dominio y proceso representa la base de accionar profesional para todos

los campos. El Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2010), establece, por un lado, el dominio, refiriéndose al alcance de la disciplina, resumiéndose en la declaración: apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Por otro lado, el proceso de TO, se centra en la persona y la ocupación. Representa el modo en que los profesionales ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar sus servicios (pp. 3 y 31)

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la TO como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de su vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que mejorarán su capacidad, o mediante la modificación de su entorno para que éste refuerce la participación.

La TO facilita las interacciones entre la persona, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones con el fin de conseguir que las personas alcancen el resultado deseado que respalde su salud y participación en la vida.

El Marco de trabajo de dicha profesión, sostiene que es fundamental basar el tratamiento en las ocupaciones o actividades que la persona realice en su vida diaria, ya que toma el compromiso con la ocupación incluyendo un aspecto subjetivo (emocional y psicológico) y un aspecto objetivo (observable físicamente) en relación al desempeño ocupacional. (p.5).

El proceso de TO consiste de tres etapas, en primer lugar la evaluación. La misma consta de una evaluación realizada por el TO en conjunto con la persona para indagar lo que la misma quiere y necesita hacer, lo que puede hacer y ha hecho, y determinar los posibles factores que limitan su desempeño, participación y su salud. La evaluación comprende por un lado, el perfil ocupacional el cual incluye información sobre la persona y sus necesidades, problemas y preocupaciones de su ejecución en las áreas de ocupación. Y por otro lado del análisis de la ejecución ocupacional centrándose en interpretar la información utilizando los instrumentos de valoración diseñados para observar, medir y examinar los factores que apoyan o limitan el desempeño ocupacional. La segunda etapa del proceso de TO es la intervención y, tiene como objetivo principal capacitar a las personas para participar en las actividades dentro de su rutina diaria. El proceso de intervención en TO consiste en “facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales de TO en colaboración con la persona”, el mismo se divide en tres pasos. El primer paso es la elaboración del plan de intervención, que dirige las acciones del TO en conjunto con la persona teniendo en cuenta sus objetivos y prioridades. El segundo paso del proceso, es la implementación de la

intervención donde se trabaja con las características de la persona, la actividad, el contexto y entorno en el cual se desarrolla. El último paso es la revisión del proceso de intervención y su progreso para lograr resultados óptimos. La última etapa son los resultados, producto final del proceso de TO. (págs 31 a 49)

Por lo tanto, se podría definir como una disciplina que a través del uso de actividades propositivas, busca conseguir la máxima funcionalidad, autonomía y calidad de vida posible en aquellas personas que presenten y/o tengan riesgo de sufrir alguna limitación o grado de dependencia durante la realización de sus actividades de la vida diaria, de trabajo, de ocio y de participación social.

Navas (2005, p. 127-128) plantea que la TO parte de una visión holística del ser humano que se asienta sobre una base humanística centrada en el valor de la persona como ser humano y en la importancia de vivir en un ambiente digno en el que la actividad ocupacional pueda contribuir a su desarrollo. La persona influye y es influida por el entorno.

En TO el concepto de calidad de vida está presente tanto en la definición de la disciplina como en nuestra práctica, independientemente del área de ejercicio profesional donde el terapeuta ocupacional se desempeñe, así también lo destaca la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (1998): “La terapia ocupacional es una forma de rehabilitación a la que le compete la capacidad de función de un cliente (...) La meta de la terapia ocupacional es promover la calidad de vida del cliente.”

Para nuestra disciplina este concepto no sólo se relaciona con aquellos aspectos posibles de medir sino también con la autopercepción, es decir con la percepción subjetiva que la persona tendrá que evaluar, se relaciona con la propia visión de logro en cuanto a la organización personal y la autorrealización. La propia vivencia de poder planificar, organizar, secuenciar y llevar a cabo las tareas de la vida diaria, los roles, la capacidad para funcionar autónomamente siendo para ello también importante la igualdad de oportunidades que la persona tenga para acceder a los recursos (Pellegrini, 2008).

Para Schumaker y Naughton (1996) la esencia de la percepción subjetiva está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

En su intervención con personas que sufren cáncer, la TO se centra en la potenciación de las capacidades preservadas y la compensación de sus limitaciones con el fin de mantener el máximo nivel de funcionalidad a lo largo de los diferentes estadios de la enfermedad. Todo ello conlleva una continua graduación y adaptación de las actividades y del entorno.

También, el TO se enfoca en la mantención de la participación dentro de las actividades de la vida diaria, implementando ayudas técnicas y adaptaciones para favorecer su desempeño, así también la activa participación del usuario en sus actividades para no caer en la inhabilidad y dependencia ocupacional; fortalecer las redes de apoyo tales como familia, grupos de ayuda, personas a cargo, entre otros que sean significativos para el usuario, ya que en ocasiones su entorno es un condicionante más, y sumando a procesos de auto exclusión, pueden ocasionar problemas de salud mental como depresión y pérdida de significado sobre su vida.

Según E. A. Tejedor, R. Fernandez Tobia, P. Durán Carrillo y E. Apestegui Egea (2014), los terapeutas ocupacionales tienen un rol que jugar a lo largo de todo el camino del cáncer, desde el diagnóstico hasta los cuidados paliativos y los cuidados terminales. Las autoras también afirman que la intervención del TO es holística, por lo que además de un tratamiento directo al paciente, se realiza un análisis de su entorno más habitual, teniendo en cuenta los factores que inhiben, limitan y /o potencian su desempeño ocupacional, y aconsejando sobre los cambios y adaptaciones que se consideren oportunos; siempre con la finalidad de favorecer la autonomía del paciente y el desarrollo de sus habilidades y destrezas. Todo el tratamiento es consensuado con el propio paciente y desarrollado a través de programas específicos desarrollados individualmente para la persona.

La literatura reconoce diferentes momentos y objetivos de la TO en cáncer, abarca la fase de pre-rehabilitación incrementando funciones de manera anticipada o preparando nivel funcional de base; fase desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, para disminuir/prevenir otras condiciones; fase durante el tratamiento, la cual se centra en sueño, ahorro energético por presencia de fatiga, disminución de dolor, entre otros; rehabilitación en cáncer como condición crónica; y rehabilitación en supervivientes, para manejar imagen corporal, autoestima, fatiga, ansiedad, entre otros.

IV. JUSTIFICACIÓN:

A partir de la búsqueda y lectura bibliográfica se lograron evidenciar estudios relacionados a personas diagnosticadas con cáncer y su calidad de vida. En menor número, se halló el cómo dichas personas perciben su calidad de vida luego del diagnóstico. La relevancia de esta temática se relaciona con que actualmente no hay investigaciones que estudien la relación entre calidad de vida, cáncer de mama y TO.

A su vez, retomando con las estadísticas establecidas según la OMS en el año 2020, el cáncer de mama es exhibido como el tipo de cáncer más común, con más de 2,2 millones de casos a nivel mundial, y como la principal causa de mortalidad en las mujeres. Se consideró esta temática de gran impacto a nivel social ya que se estima que una de cada doce mujeres enferman de dicha enfermedad a lo largo de su vida.

El presente estudio resulta relevante para la práctica profesional de la disciplina de TO, por el concepto de investigar y visibilizar sobre su rol con personas que hayan presentado un diagnóstico de cáncer de mama. También, se consideró imperante que los terapeutas ocupacionales brinden aportes a nuevas áreas de investigación, con el fin de definir, explicar, analizar y problematizar distintos fenómenos que ocurren en el ámbito de la salud desde la perspectiva disciplinar. Por lo tanto, se buscó aportar a dicha disciplina dando a conocer, mediante el análisis planteado, las intervenciones enmarcadas en las incumbencias profesionales que se detallan en la Ley Nacional de ejercicio profesional 27.051.

V. METODOLOGÍA:

Para el abordaje de la presente investigación se implementó un estudio de casos cuali- cuantitativo, de carácter observacional, descriptivo y transversal. En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la temática para conocer los aspectos del cáncer de mama, abarcando la sintomatología, las percepciones de los pacientes y los tratamientos. Las bases de datos de consulta fueron Google Académico, SciELO, Medline Plus, Dialnet., PUBMED.

Para implementar la presente investigación se contactaron a cinco personas adultas pertenecientes al grupo “Abriendo Caminos”, considerando que era la cantidad de personas que cumplían con los criterios de inclusión dentro del mismo. Este, se encuentra situado en la ciudad de San Nicolás y, según los informes de gestión realizados por la psicóloga de este, tiene como objetivo “conformar un grupo de pacientes oncológicas, facilitando la pertenencia, promoviendo la cooperación y la creatividad, para favorecer la autoestima y la aceptación”. Las personas participantes debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión: haber sido diagnosticadas con cáncer de mama del 2010 en adelante debido a la antigüedad de los hechos, que actualmente cuentan con el alta médica, haber recibido algún tratamiento, y ser persona adulta que se encuentre dentro del rango etario de 40-65 años.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron una entrevista estructurada individual y una evaluación autoadministrada.

- Entrevista estructurada individual. (Anexo 2)

Dicha entrevista fue llevada a cabo con el fin de recabar datos para contextualizar y conocer la población que participó de esta investigación, obteniendo previamente el consentimiento informado de la misma. El mismo se obtuvo por medio de un formulario elaborado en Google Forms donde se detalla la información necesaria para la investigación. (Anexo 1)

- Evaluación THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE “WHOQOL BREF”. (Anexo 3)

La misma consta de preguntas cerradas y categorizadas que arrojaron datos de tipo cuantitativos, a fin de obtener más información sobre la visión que cada una de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama tiene sobre su calidad de vida.

Esta evaluación se seleccionó por haber sido establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1994. Es una versión acotada del instrumento original que consta de 100 preguntas (WHOQOL-100). La WHOQOL BREF contiene 26 preguntas, donde cada una presenta 5 opciones de respuesta ordinales tipo Escala Likert. Los puntajes se escalan en una dirección positiva, es decir que puntos más altos denotan una mayor calidad de vida.

Además, la evaluación concuerda con el objetivo de la investigación.

Para el análisis estadístico en función de los objetivos propuestos, a fin de describir y posteriormente analizar, los datos recabados fueron cargados en una planilla en hojas de cálculo de Google.

- Planilla de base de datos en hojas de cálculo de Google con codificaciones de cada variable a medir. La misma incluye datos arrojados en la entrevista y en la evaluación. Las participantes son identificadas como 1, 2, 3, 4 y 5, y se encuentran ubicadas en columnas. Por su lado, las variables se posicionan en fila las cuales representan las preguntas de la entrevista donde las categorías de análisis serían: fecha de diagnóstico, fecha de alta, recidiva, tratamientos y duración, efectos secundarios, ocupaciones durante el tratamiento y ocupaciones actuales.

Por otro lado, las categoría de análisis de la evaluación se representan de la siguiente manera: calidad de vida, salud, limitación por dolor físico, tratamiento médico para AVD, disfrute, sentido de la vida, concentración, seguridad en vida diaria, ambiente físico saludable, energía, aceptación de apariencia física, dinero y necesidades, información necesaria, actividades recreativas, desplazamiento, sueño, capacidad AVD, capacidad de trabajo, satisfacción propia, relaciones personales, vida sexual, apoyo de amigos, lugar donde vive, servicio de salud, transporte y sentimientos negativos.

Para el análisis de la escala de Likert, se realizó de manera individual evaluando el grado de clasificación respecto a su calidad de vida (evaluando las etiquetas de 1 a 5 donde: 1-muy mal, 2-mal, 3-normal, 4-mucho y 5-muy bien), respecto a cuánto ha experimentado ciertas cosas (etiquetas de 1 a 5 donde: 1- nada, 2- algo, 3- normal, 4- mucho y 5-en extremo) y respecto al nivel que experimentó o fue capaz de realizar ciertas cosas (evaluando las etiquetas del 1 a 5 donde: 1-nada, 2-muy poco, 3-moderadamente, 4-mucho y 5-totalmente). La planilla se fue completando con la respuesta numérica de cada participante en el casillero que le correspondía.

Las variables discretas se analizaron a través de sus frecuencias relativas y absolutas. Para las variables continuas se presentarán valores individuales, mínimos y máximos. (Anexo 4)

Para finalizar con la información descrita y analizada, se procedió a identificar las posibles intervenciones de TO teniendo en cuenta la Ley Nacional n° 27.051.

VI. RESULTADOS:

En este proyecto se evaluaron a cinco pacientes que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama. Dichas pacientes son mujeres de entre 45 y 65 años de edad. De ellas, 3 tienen un nivel de educación terciaria y 2 un nivel secundario. Solo en una de las mujeres entrevistadas la enfermedad recidivó en 4 oportunidades.

Las pacientes entrevistadas fueron diagnosticadas entre los años 2010 y 2015, siendo dadas de alta entre el 2016 y el 2021. Entre los tratamientos recibidos se destacan la quimioterapia (4/5), la radioterapia (4/5), la medicación oral (4/5) y la mastectomía (3/5) (Tabla 1). Dichas pacientes manifiestan haber concurrido a la institución donde realizan el tratamiento entre una hora y media y cinco horas por día.

Tabla 1: Cantidad de personas según tratamiento recibido.

<i>Tratamiento recibido</i>	<i>Cantidad de personas</i>
<i>Quimioterapia</i>	4
<i>Radioterapia</i>	4
<i>Medicación oral</i>	4
<i>Mastectomía y/o cirugías parciales</i>	3

*Elaboración propia

Con respecto a los efectos secundarios que provocan los tratamientos, todas las pacientes manifestaron haberlos tenido, siendo la caída del cabello, el cansancio y las manchas en la piel los más mencionados durante la entrevista. Otros efectos son las náuseas (3/5), salivación (1/5), dolor corporal (1/5), quemaduras (1/5), aceleración de menopausia (1/5), cicatriz (1/5), la coloración o debilitamiento de las uñas (3/5) y la acidez (3/5).

Tabla 2: Cantidad de personas según efectos secundarios del tratamiento.

<i>Efectos secundarios</i>	<i>Cantidad de personas</i>
<i>Caída del cabello</i>	4
<i>Cansancio, debilidad</i>	4
<i>Manchas y /o granos en la piel</i>	4
<i>Náuseas</i>	3

<i>Coloración y/o debilidad de las uñas</i>	3
<i>Acidez</i>	2
<i>Dolor corporal</i>	1
<i>Aceleración de menopausia</i>	1
<i>Quemadura</i>	1
<i>Cicatriz</i>	1
<i>Salivación</i>	1

*Elaboración propia

En consideración a las ocupaciones que desarrollaron las mujeres durante el tratamiento se pudo evidenciar que 2 debieron tomar licencia del trabajo, 2 continuaron siendo ama de casa, y solo 1 realizó trabajo de limpieza en diferentes domicilios mientras el tratamiento se lo permitió. Por otro lado, las ocupaciones posteriores al alta médica se vieron modificadas en 4 de las mujeres, sólo 1 de ellas continúa siendo ama de casa aunque actualmente logró maternar. Con respecto a las 4 mujeres restantes, 1 mujer volvió al trabajo y 3 se encuentran cuidando a los nietos y realizando actividades de esparcimiento como aquagym, gimnasia, caminatas, folklore, yoga, entre otros.

Consideramos relevante mencionar que para la pregunta sobre qué se considera como calidad de vida, los aportes fueron los siguientes:

“La calidad de vida para mi es principalmente la salud física y la tranquilidad mental ante todo”

“Lo más importante es la salud. La enfermedad es como se la tome uno, siempre depende de cómo uno se la tome. Cuando comenzamos este grupo hubo gente que dejó de ser parte porque asociaba al cáncer con la muerte, muchas dejaron por eso, no podían nombrar la palabra cáncer. Es como cualquier enfermedad, es más larga, lleva más tiempo, son distintos procesos pero depende de cómo uno la lleve. Me parece que la calidad de vida más allá de la salud es el no sufrimiento”

“Para mi la calidad de vida son muchas cosas, sobre todo para mi fue haber bajado unos cuantos cambios, yo cuando recibí la noticia de que tenía cáncer produjo un shock muy grande en mi y me llevo tiempo procesarlo y ese tiempo de proceso y tratamiento uno en un principio lo asocia con muerte, entonces después de todo, de la tristeza, del enojo, uno empieza a razonar las cosas y empieza a pensar que tenes una segunda oportunidad o una nueva oportunidad, entonces empecé a aprovechar los momentos que tiene la vida todo lo

mejor que puede. Una de las primeras cosas que aprendí fue a decir que no a muchas cosas y hacer cosas para mí y aprovechar las pequeñas cosas diarias (comidas, charlas, etc) con satisfacción. Vivir el hoy, mañana ya veremos”.

“Para mí la calidad de vida es tratar de comer lo más sano posible, tratar de hacer la mayor cantidad de actividad física y obviamente todo esto de la enfermedad me hizo un click, donde yo cambie para bien pienso, después de la enfermedad pensé en todo lo que dejaba de hacer por tener la casa limpia o en orden y de todo lo que me perdi, así que a partir de ese día, por algo vino esta enfermedad, nunca me pregunté el porqué sino el para qué y a partir de ahí si me dan ganas de irme con mis hijos a cualquier lado nos vamos, los acompaño en todas las actividades posibles. Vivo el día a día, me encanta celebrar la vida, no digo que me encanta haber pasado por esto pero me enseñó mucho, me dio una enseñanza de vida y agradezco a la vida, a dios, a mis hijos y a mi familia por la fuerza que me dieron para poder seguir adelante”

“La calidad de vida para mí es hacer lo que te gusta, estar con la gente que quieres y tratar de disfrutar la vida lo mejor que se pueda y siempre mirar la mitad del vaso lleno, no vacío.”

Adentrándonos a los resultados de la evaluación “WHOQOL BREF” y teniendo en mente sus costumbres, creencias, deseos, placeres e intereses acerca de sus vidas en las cuatro últimas semanas, la Tabla 3 muestra que 2 de las 5 mujeres aseguran tener una calidad de vida normal, 1 tener una calidad de vida buena y 2 consideran que su calidad de vida es muy buena.

Tabla 3: Distribución de las personas según opinión sobre su calidad de vida.

<i>Calidad de vida</i>	<i>Distribución de personas</i>
<i>Muy mal</i>	0
<i>Mal</i>	0
<i>Normal</i>	2
<i>Bien</i>	1
<i>Muy bien</i>	2
Total	5

*Elaboración propia

Con respecto a cuán satisfechas se encuentra con su salud, 2 de las mujeres afirman estar muy satisfechas, 2 estar normal y 1 de pacientes dice estar satisfecha (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución de las personas según opinión sobre su salud.

<i>Salud</i>	<i>Distribución de personas</i>
<i>Insatisfecha</i>	0
<i>Poco satisfecha</i>	0
<i>Normal</i>	2
<i>Satisfecha</i>	1
<i>Muy satisfecha</i>	2
Total	5

*Elaboración propia

Al evaluar cuánto ha experimentado en las últimas cuatro semanas (Tabla 5), se encontró que 2 de las entrevistadas manifiestan no sentir ninguna limitación por dolor físico, 2 expresan algo de dolor, mientras que solo 1 de ellas dice haber experimentado mucho dolor físico que le impidió hacer lo que necesitaba. Por otro lado, 3 mujeres dicen no haber necesitado algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria, y 2 de ellas afirman haber necesitado algo.

Con respecto al disfrute de la vida, 3 mujeres manifestaron que la disfrutaban de una manera normal, 1 la disfrutaba mucho y 1 en extremo. Al preguntar si consideran que su vida tuvo sentido, 4 mujeres manifestaron que sienten que su vida tuvo mucho sentido y solo 1 lo siente en extremo. Por otro lado, en cómo perciben su capacidad de concentración, 4 mujeres manifestaron que normal y 1 que extremadamente.

En correspondencia con cuán seguras se sienten en su vida diaria, 2 mujeres manifestaron que normal y 3 respondieron mucho. Asimismo, en la pregunta sobre cuán saludable es su medio ambiente físico se pudo evidenciar un resultado unánime, las 5 mujeres evaluadas expresaron vivenciar un ambiente físico saludable.

Tabla 5: Distribución de las personas según cuánto han experimentado ciertas cosas.

Cuánto ha experimentado de...	<i>Nada</i>	<i>Algo</i>	<i>Normal</i>	<i>Mucho</i>	<i>En extremo</i>
<i>Limitación por dolor físico</i>	2	2	0	1	0
<i>Tratamiento médico para AVD</i>	3	2	0	0	0
<i>Disfrute</i>	0	0	3	1	1

<i>Sentido de la vida</i>	0	0	0	4	1
<i>Concentración</i>	0	0	4	0	1
<i>Seguridad en vida diaria</i>	0	0	2	3	0
<i>Ambiente físico saludable</i>	0	0	5	0	0

*Elaboración propia

La Tabla 6 muestra la distribución de las personas según el nivel en que experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas semanas.

En cuanto a si tienen suficiente energía para la vida diaria, 2 mujeres manifestaron que tienen energía moderadamente suficiente, 1 manifiesta que mucho y 2 que totalmente.

Conforme a si son capaces de aceptar su apariencia física, 2 mujeres manifestaron que son moderadamente capaces y 3 que mucho. En relación a si cuentan con suficiente dinero para satisfacer sus necesidades, se pudo evidenciar un resultado unánime, donde las mujeres manifestaron que moderadamente tienen dinero para satisfacer sus necesidades.

En cuanto a qué medida disponen de la información que necesitan para la vida diaria, 4 mujeres manifestaron que mucho y solo 1 que moderadamente. Por otro lado, en la pregunta sobre en qué medida tienen la oportunidad de realizar actividades recreativas, 1 mujer manifestó que poco, 1 que moderadamente, 2 mujeres que mucho y 1 que totalmente.

Tabla 6: Distribución de las personas según el nivel en que fue capaz de hacer ciertas cosas.

Nivel en que experimentó o fue capaz de hacer...	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Mucho</i>	<i>Totalmente</i>
<i>Energía</i>	0	0	2	1	2
<i>Aceptación de apariencia física</i>	0	0	2	3	0
<i>Necesidades</i>	0	0	5	0	0
<i>Información necesaria</i>	0	0	1	4	0
<i>Actividades recreativas</i>	0	1	1	2	1

*Elaboración propia

En correspondencia a la medida en la que son capaces de desplazarse de un lugar a otro (Tabla 7), 1 de las mujeres manifestó que logra más o menos desplazarse, 1 bien y 3 respondieron que lo logran muy bien.

Tabla 7: distribución de las personas según opinión sobre desplazamiento.

<i>Desplazamiento</i>	<i>Distribución de personas</i>
<i>Muy pobre</i>	0
<i>Pobre</i>	0
<i>Más o menos</i>	1
<i>Bien</i>	1
<i>Muy bien</i>	3
Total	5

*Elaboración propia

En relación a la satisfacción con su capacidad de sueño (tabla 8), se pudo evidenciar un resultado unánime, dejando en evidencia que tienen un sueño normal. Conforme a cuán satisfechas se encuentran con sus capacidades para realizar las actividades de la vida diaria, 1 mujer manifestó que normal, 2 que se encuentran satisfechas y 2 muy satisfechas.

En cuanto a qué tan satisfechas se encuentran con su capacidad de trabajo 2 mujeres manifestaron que normal, 1 mujer se encuentra satisfecha y 2 muy satisfechas. Por otro lado, en lo que respecta a la satisfacción consigo mismas, se pudo evidenciar un resultado unánime, dejando en evidencia que se sienten normales consigo mismas.

Asimismo, en relación a la satisfacción con sus relaciones personales, 3 mujeres manifestaron que se encuentran satisfechas y 2 muy satisfechas. A propósito de qué tan satisfechas se encuentran con su vida sexual, 2 mujeres manifestaron encontrarse poco satisfechas, 3 normal y solo 1 satisfecha.

En la pregunta sobre qué tan satisfechas se sienten con el apoyo de sus amigos se pudo evidenciar un resultado unánime, exponiendo que las 5 mujeres están muy satisfechas con el apoyo de sus amigos. En cuanto a la satisfacción con las características del lugar donde viven, 3 mujeres manifestaron que se encuentran satisfechas, 1 se encuentra normal y solo 1 mujer se siente muy satisfecha.

Con respecto a qué tan satisfechas se encuentran con los servicios de salud, 4 mujeres manifestaron que lo encuentran de una manera normal y solo 1 se siente satisfecha. Por otro

lado, en la pregunta sobre qué tan satisfechas se encuentran con el transporte se pudo evidenciar un resultado unánime, exponiendo que las 5 mujeres se sienten de manera normal con el transporte.

Tabla 8: distribución de las personas de acuerdo a su satisfacción en diversas cosas.

Qué tan satisfechas se encuentran..	<i>Insatisfecha</i>	<i>Poco satisfecha</i>	<i>Normal</i>	<i>Satisfecha</i>	<i>Muy satisfecha</i>
<i>Sueño</i>	0	0	5	0	0
<i>Capacidad para realizar AVD</i>	0	0	1	2	2
<i>Capacidad de trabajo</i>	0	0	2	1	2
<i>Consigno misma</i>	0	0	5	0	0
<i>Relaciones personales</i>	0	0	0	3	2
<i>Vida sexual</i>	0	2	3	1	0
<i>Apoyo de sus amigos</i>	0	0	0	0	5
<i>Lugar donde vive</i>	0	0	1	3	1
<i>Servicios de Salud</i>	0	0	4	1	0
<i>Transporte</i>	0	0	5	0	0

*Elaboración propia

En correspondencia a con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión (Tabla 9), 1 de las mujeres manifestó que nunca tiene sentimientos negativos, 1 rara vez, 2 ocasionalmente y 1 casi siempre.

Tabla 9: Distribución de las personas de acuerdo a la frecuencia de sentimientos negativos.

<i>Sentimientos negativos</i>	<i>Distribución de personas</i>
<i>Nunca</i>	1
<i>Rara vez</i>	1
<i>Ocasionalmente</i>	2
<i>Casi siempre</i>	1
<i>Siempre</i>	0

Total	5
--------------	---

*Elaboración propia

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La presente investigación se basó en analizar la percepción sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con el alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama, con la finalidad de brindar intervenciones desde la disciplina de TO.

Se pudo concluir que se han logrado cumplimentar los objetivos planteados en la investigación dado que se logró analizar las percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama. A su vez se logró responder a la pregunta problema ¿cómo perciben su calidad de vida las mujeres adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama? ¿Cuáles son las posibles intervenciones desde TO? debido a que, a través de la aplicación de las entrevistas estructuradas y la evaluación autoadministrada y establecida por la OMS “WHOQOL BREF” se pudo conocer las percepciones sobre calidad de vida de cada una de estas mujeres en la actualidad.

Posteriormente y luego de analizar la calidad de vida, se propusieron las siguientes incumbencias avaladas por la Ley Nacional 27.051.

- Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;
- Realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;
- Diseñar, evaluar y aplicar métodos y técnicas para la recuperación y mantenimiento de las capacidades funcionales biopsicosociales de las personas;
- Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas con riesgo ambiental, y efectuar promoción y prevención de disfunciones ocupacionales;
- Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas, y efectuar tratamiento de las disfunciones ocupacionales como medio de integración personal, laboral, educativa y social;
- Participar en el diseño, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados a evaluar, prevenir y tratar enfermedades de la población;
- Realizar estudios e investigaciones dentro del ámbito de sus incumbencias;

A partir de las incumbencias se podrían realizar las siguientes intervenciones:

- Realizar acciones para mantener la motivación de las personas.
- Brindar asesoramiento de cuidados a nivel general acompañando la información médica.
- Promover espacios abiertos a la reflexión
- Realizar acciones de rehabilitación y recuperación luego de los tratamientos.
- Acompañar el proceso de alta médica en caso de posibles recidivas.
- Realizar técnicas de tratamiento de cicatriz post operatoria.
- Brindar técnicas de conservación de energía para realizar las actividades dentro del hogar debido a posibles efectos secundarios de tratamientos.
- Promover espacios recreativos.
- Reforzar la identidad de la persona.
- Promover la recuperación de ocupaciones y AVD realizadas anteriormente.
- Reactivar roles perdidos durante el tratamiento.
- Realizar adaptaciones en las actividades para lograr desempeñarse de manera independiente y autónoma.

A partir de toda la información recabada a lo largo de la investigación nos cuestionamos, si es tan emergente esta enfermedad, ¿por qué todavía la TO no es parte?

En última instancia se considera valorable destacar dos comentarios que fueron arrojados al finalizar la evaluación.

“Muy interesante y agradecida que tengan interés para conocer las experiencias sobre esta enfermedad”

“Me pareció que abarca cosas de la vida diaria que a veces no lo planteamos porque lo vemos como algo normal. A veces hace bien tener este tipo de encuestas. Mucha suerte en todo lo que realicen y no se olviden que siempre hay que tratar de ver el medio vaso lleno. Gracias por dejarnos pertenecer en su camino”

A partir de esto y de varios comentarios similares escuchados el día de las entrevistas, reflexionamos y nos cuestionamos, ¿por qué agradecen tanto nuestro interés en el campo? ¿se sentirán dejadas de lado u olvidadas?.

Consideramos importante que se siga indagando sobre esta temática, que se gane campo desde la disciplina de TO ya que hay mucho que aportar al equipo interdisciplinario oncológico. Proponemos continuar investigando sobre:

- Cáncer y TO.
- Cómo impacta la TO como miembro del equipo interdisciplinario oncológico.

- Cómo impacta el área ocupacional del trabajo durante el tratamiento oncológico.
- Cómo perciben la calidad de vida las personas que se encuentran en tratamiento con diagnóstico de cáncer de mama, posibles intervenciones desde TO.

Por otro lado, sería interesante que esta misma investigación se pueda llevar a cabo en distintos grupos localizados en la ciudad de Rosario. También, consideramos que nuestros resultados se vieron limitados por la muestra que se encontraba disponible de acuerdo a nuestros criterios de inclusión.

Para concluir, deseamos destacar que a pesar de todo lo que tuvieron que pasar debido a la enfermedad, todas las mujeres evaluadas consideran su calidad de vida entre normal a muy buena, también expresan que su vida tuvo mucho sentido o en extremo y que el apoyo de amistades fue y es fundamental, aceptan su apariencia física moderadamente o mucho y se sienten satisfechas consigo mismas. Por lo tanto, apenas concluimos las entrevistas presenciales, pudimos reflexionar sobre por qué hay que pasar por tantas cosas para llegar al punto en la vida donde disfrutas del día a día, de las pequeñas cosas y no estar mal por cada variable insignificante que suceda.

No queremos dejar de mencionar al grupo Abriendo Caminos, a su trabajo y dedicación, al cual las mujeres consideran un pilar fundamental durante y posterior a su tratamiento. Donde se encontraron con pares atravesando situaciones similares, con profesionales dispuestos a acompañar y aliviar el peso, con propuestas recreativas, con contención y con un lugar de pertenencia.

Consideramos haber aprendido mucho de ellas, sobre el agradecimiento pleno y el disfrute de la vida. *“Nos pasamos los días preocupados o haciéndonos problemas por cosas que realmente no valen la pena, que no son tan graves, en lugar de agradecer por lo que somos y tenemos”*.

“Con todo lo anterior podemos pensar y reflexionar sobre cómo la terapia ocupacional puede favorecer a la reivindicación de este superviviente en tanto persona: como este “superviviente de cáncer” no es tan solo alguien que tuvo la oportunidad de seguir con vida, sino que alguien participa activamente dentro de todo su proceso. Muchas veces, las personas eligen algún camino en la vida y esto se torna fundamental cuando hablamos del cáncer porque historias de superación, de esfuerzos, cruzan la vivencia de esta enfermedad”. (Merino Suarez M. 2017).

REFERENCIAS

- Algado, S. S. (2015). Una terapia ocupacional desde un paradigma crítico. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 2(7), 3.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435161>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161–164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Bonicatto, S. y Soria J. (1998). WHOQOL. Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud: manual del usuario. CATA.
- Burkhardt A., Ivy M., Kannenberg K., Low J., Marc-Aurele J. & Youngstrom M. (2011). The Role of Occupational Therapy in End-of-Life Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(6_Supplement), 1-15.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2011.65S66>
- Cáceres Zurita, M. L., Ruiz Mata, F., Germà Lluch, J. R., & Busques, C. C. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. M.L. de Cáceres.
<https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/publicaciones-dirigidas-a-pacientes/2118-manual-para-el-paciente-oncologico-y-su-familia>
- Cáncer: Datos y cifras*. (2022). Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Cardona A., D., & Byron Agudelo G, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 23(1), 1–12.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008
- Cardona-Arias, J. A., & Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175–189.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Castillo, C., Díaz, G., Jelvez, E., & López, A. (2018). Función de la terapia ocupacional en usuarios con cáncer terminal. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 5(1), Art. 1. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/71>

E. A. Tejedor, R. Fernandez Tobia, P. Durán Carrillo y E. Apestegui Egea (2014). *Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Atención a Personas con Cáncer en Navarra*. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

Gómez Mengelberg, G. M. (2006). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 6(1), 4–5.

<https://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

Gutiérrez, L. M., Videira, S. D., Fernández-Conde, M. G., & Martín, A. V. (2010). Una experiencia de Terapia Ocupacional con pacientes oncológicos. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 11, 2.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3186364>

Honorable congreso de la Nación Argentina. (2014, 3 de diciembre). Ley 27.051 de ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Boletín Oficial.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/118249/20150109>

Irarrázaval, M. E., Rodríguez, P. F., Fasce, G., Silva, F. W., Waintrub, H., Torres, C., Barriga, C., Fritis, M., & Marín, L. (2013). Calidad de vida en cáncer de mama: Validación del cuestionario BR23 en Chile. *Revista médica de Chile*, 141(6), 723–734. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000600006>

Kielhofner, G., (2004). *Terapia Ocupacional. modelo de la ocupación humana: teoría y*

- aplicación, (3ª ed.). Médica Panamericana.
- Lozano-Ascencio, R., Gómez-Dantés, H., Lewis, S., Torres-Sánchez, L., & López-Carrillo, L. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Pública de México*, 51(Suplemento 2.), 147–156. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000800004>
- Moruno Miralles, P. (2017). *Principios conceptuales en terapia ocupacional*. Síntesis.
- NCI. (2015). *Estadificación del cáncer* (nciglobal,ncienterprise) [CgvArticle]. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- NCI. (2017). *Genética del cáncer*. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica>
- Oudshoorn, S. (2015). *En la cornisa de la vida*. Martin.
- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89–96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501809>
- Pellegrini, M. (2008). *Fundamentos teóricos de Terapia Ocupacional*. [Apuntes de Cátedra]. Instituto Universitario del Gran Rosario.
- Penfold S. L. (1996). The role of the occupational therapist in oncology. *Cancer treatment reviews*, 22(1), 75–81. [https://doi.org/10.1016/s0305-7372\(96\)90016-x](https://doi.org/10.1016/s0305-7372(96)90016-x)
- ¿Qué es el cáncer? (2021). Asociación Española contra el Cáncer. <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer>
- ¿Qué es la Terapia Ocupacional?: Definición. (2017). APETO. <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
- Rehabilitación. (2012). Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/rehabilitaci%C3%B3n>

- Sabino, C. (1996). El proceso de investigación. Lumen/Humanitas. pp. 155 -184
- Salas Zapata, C., & Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28, 9–18. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000700002>
- Sánchez-Sosa, J. J., Riveros, A., & Garduño, C. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69–80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975008>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09–21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Suárez, M. M. (2017). Terapia ocupacional en mujeres con cáncer de mama, una mirada desde el modelo canadiense del desempeño ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 25 (Vol. 14, 12). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5915148>
- Tipos de tratamiento del cáncer*. (2021). American Cancer Society. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types.html>
- Urdániz, J. I. A., Mañas, J. J. I., Burgaleta, A. M., Pascual, J. E. S., & Domínguez, M. A. D. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama: el sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(2–3), 367–384. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2511213>
- Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61–71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Viana I., Á. A., Martínez Rosa, Matilla Rosa, Máximo Nuria, Méndez Betsabé, Talavera, M. Á. & Rivas, N. (2010). *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso*. 2ª ed. Asociación Americana de Terapia Ocupacional.
<http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pd>

ANEXO

Anexo 1

Hoja de Información de Consentimiento Libre y Voluntario. (Google form)

<https://docs.google.com/forms/d/1aGW1VVb2w1kNmNJy8ycra3hV8mTpgHDDyyiP4UyFo0Q/edit>

Esta investigación se enmarca en la realización de una Tesina para finalizar la carrera de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad del Gran Rosario.

La presente investigación se titula “Percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama. Posibles intervenciones desde Terapia Ocupacional”.

El objetivo de la misma es analizar las percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama, con la finalidad de sugerir posibles intervenciones de Terapia Ocupacional. Para lograr el objetivo mencionado se requiere llevar a cabo una entrevista estructurada individual y una evaluación de calidad de vida autoadministrada dirigida hacia personas adultas que ya han sido diagnosticadas con la misma patología.

La entrevista estructurada individual y la evaluación de calidad de vida autoadministrada se realizarán a partir de una modalidad presencial, y la duración de la misma será aproximadamente de 40 minutos.

Su participación en esta investigación es voluntaria, y puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. También puede decretar no querer responder alguna pregunta en particular. Toda la información obtenida es confidencial y anónima.

Hoja de firma.

Acepto participar de la entrevista perteneciente a la investigación: “Percepciones sobre la calidad de vida de personas adultas que cuentan con alta médica luego de haber presentado un diagnóstico de cáncer de mama. Posibles intervenciones desde Terapia Ocupacional”.

- Si acepto
- No acepto

Acepto que la entrevista sea grabada para facilitar la recolección de la información.

- Si acepto
- No acepto

Nombre - apellido y edad:

Fecha:

Anexo 2

Bosquejo de entrevista.

Persona adulta: X

- 1) ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticada con cáncer de mama?
- 2) ¿Cuánto hace que recibió el alta?
- 3) ¿Has recibido más de una vez el mismo diagnóstico? (recidiva)
- 4) ¿Qué tratamientos realizó? ¿Cuánto tiempo llevó el proceso de dicho tratamiento?
- 5) ¿Qué cantidad de días y horas asistía a la institución donde realizaba el tratamiento?
- 6) ¿Ha percibido efectos secundarios? ¿Cuáles?
- 7) ¿Qué ocupaciones desempeñaba usted durante el tratamiento? ¿Se vieron alterados los que llevaba a cabo previo a comenzar el mismo? ¿De qué manera?
- 8) ¿Qué ocupaciones desempeña hoy en día? ¿Nos describirías un día habitual actualmente?

Anexo 3

Bosquejo de evaluación “THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE”
(WHOQOL) – BREF

EL WHOQOL- BREF

Acerca de usted:

Antes de comenzar, nos gustaría hacerle algunas preguntas generales acerca de usted mismo: por favor, haga un círculo en la respuesta apropiada o llene el espacio vacío cuando corresponda.

¿Cuál es su género?: Masculino Femenino

¿Cuál es su fecha de nacimiento?: _____
Día / Mes / Año

¿Cuál es el nivel más alto de educación que recibió?

Ninguno
Primario
Secundario
Terciario

¿Cuál es su estado civil?

Soltera
Casada
Separada
Divorciada
Viuda
Convivencia

¿Está actualmente enferma? SI NO

¿Si usted no está bien de salud, que piensa que es? _____

Instrucciones:

Los interrogantes a continuación son sobre cómo se siente con respecto a su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si no se siente seguro acerca de qué responder ante una pregunta, por favor elija la que le parezca más apropiada. Ocasionalmente, la primera respuesta que se le aparezca en mente suele ser la adecuada.

Por favor, tenga en mente sus costumbres, creencias, deseos, placeres e intereses. Nosotros le preguntaremos lo que piensa acerca de su vida en las cuatro últimas semanas.

		Muy mal	Mal	Normal	Bien	Muy bien
1.	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Insatisfecha	Poco satisfecha	Normal	Satisfecha	Muy satisfecha
2.	¿Cuán satisfecha está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto usted ha experimentado ciertas cosas en las cuatro últimas semanas.

		Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
3.	¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿En qué medida siente que tu vida tuvo sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Algo	Normal	Mucho	Extremadamente
7.	¿Cómo es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuán segura se siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que usted experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
10.	¿Tiene la suficiente energía para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene usted suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿En qué medida dispone de la información que necesita para la vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿En qué medida tiene la oportunidad de realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5

		Muy pobre	Pobre	Más o menos	Bien	Muy bien
15.	¿En qué medida es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

		Insatisfecha	Poco satisfecha	Normal	Satisfecha	Muy satisfecha
16.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecha se encuentra con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Qué tan satisfecha se siente consigo misma?	1	2	3	4	5
20.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Qué tan satisfecha se siente con el apoyo de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con las características del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25.	¿Qué tan satisfecha se encuentra con el transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
26.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	5	4	3	2	1

¿Tiene algún comentario sobre esta evaluación?

Anexo 4

Planilla de base de datos en hoja de cálculo de Google.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/148VF1tcL4xSkwWTgIreU8JgY3cX9ojJg/edit#gid=530591631>