



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL

SEDE CONCEPCIÓN

**IMPACTO EN EL PROCESO DE HABITUACIÓN DE MUJERES CON
CÁNCER POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA
CURATIVA EN LA REGIÓN DEL BIOBÍO.**

Tesina para optar al Grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana

Profesora Guía Metodológica: Dra. Constanza Loreto Quiroz Werlinger

Profesora Guía: T.O Verónica Irene Aguilar Gaete

Estudiante(s): Paola Jesús Irribarra Troncoso

María José Paredes Fuentes

Valentina Josefa Ramos Concha

Natalia Andrea Sanhueza Paz

Gissella Elizabeth Vidal Álvarez

Daniela Alejandra Villagrán Ulloa

Concepción, Chile

2018

©Paola Jesús Iribarra Troncoso, María José Paredes Fuentes, Valentina Josefa Ramos Concha, Natalia Andrea Sanhueza Paz, Gissella Elizabeth Vidal Álvarez, Daniela Alejandra Villagrán Ulloa

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Concepción, el ____ de _____ de _____, los abajo firmantes dejan constancia que las alumnas Paola Irribarra, María Paredes, Valentina Ramos, Natalia Sanhueza, Gissella Vidal y Daniela Villagrán de la Carrera de Terapia Ocupacional, han aprobado la tesis para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana con una nota _____.

Dra. Constanza Loreto Quiroz Werlinger
Profesora Guía Metodológica

T.O Verónica Irene Aguilar Gaete
Profesora Guía

T.O Pablo Antonio Muñoz Salgado
Evaluador Externo



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su infinito amor. A mis compañeras y amigas, por el esfuerzo y perseverancia. A mis profesoras guías, por la constancia y apoyo hacia nosotras. Y, por último, y no por eso menos importante, a todas las hermosas mujeres que decidieron participar de nuestra investigación.

Paola Irribarra Troncoso.

A mis padres, esposo, hija y hermanos por su amor y apoyo incondicional. A mis amigas y a la vez compañeras por todo su esfuerzo, dedicación y amor al prójimo. A mis profesoras guías por sus conocimientos. A todas esas mujeres que desearon participar de esta investigación. Pero principalmente a Nuestro Padre Celestial que desde el cielo nos ama y apoya cada día.

María José Paredes.

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por darme fuerza para continuar este proceso, a mi madre por su amor y sacrificio durante todos estos años para hacer posible este proceso y a toda mi familia. Finalmente, a nuestros docentes por ayudarnos en base a sus conocimientos y apoyo en el transcurso de la preparación de nuestra investigación.

Valentina Ramos Concha.

A mi familia por su apoyo y amor incondicional, por su compañía en todo momento, le agradezco a la vida por las enseñanzas y aprendizajes que me permitieron crecer como persona y llevar parte de mi en esta investigación. Le agradezco enormemente a las personas que conocí, guerreras y supervivientes del cáncer que abrieron su corazón para ayudarnos con nuestra tesis. Le agradezco a nuestras docentes por guiarnos y motivarnos en este largo proceso y a mis compañeras de tesis, por su compromiso, por los buenos momentos y malos que nos permitieron finalizar este proyecto. Le dedico mi trabajo a las mujeres que luchan cada día por



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

ganarle al cáncer, mi profunda admiración por aquellas que perdieron su identidad, pero no sus ganas de seguir adelante y seguir viviendo.

Natalia Sanhueza Paz.

En primera instancia, quiero agradecer a Dios por estar constantemente en mi vida, darme el valor y la tolerancia para lograr mis metas. Además, a mis padres y familiares quienes estuvieron presentes durante todo el proceso académico, otorgando amor y compromiso. Así también a mi pareja, ya que, ha sido un sostén considerable, por su lealtad y admiración. Infinitas gracias a los profesores quienes nos guiaron y apoyaron hasta el final.

Gissella Vidal Álvarez.

En primer lugar, dar gracias a Dios y a mi madre por motivarme a seguir, a mi familia y a todas aquellas personas que en mi confían. Sin dejar de mencionar a las profesoras que guiaron este proceso y a aquellos profesionales que con vocación nos entregaron sus conocimientos durante estos cuatro años.

Daniela Villagrán Ulloa.

Tabla de contenido

HOJA DE CALIFICACIÓN.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
Tabla de contenido.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
Introducción.....	x
CAPITULO I.....	1
1. Antecedentes del Problema.....	1
1.1 Formulación del Problema.....	1
1.2 Justificación de la Investigación.....	7
1.3 Delimitación.....	9
1.4 Marco Empírico.....	10
1.5 Hipótesis.....	15
1.6 Objetivos de la Investigación.....	15
1.6.1 Objetivo General.....	15
1.6.2 Objetivos Específicos.....	15
CAPÍTULO II.....	17
2. Marco Teórico y Conceptual.....	17
2.1 Terapia Ocupacional.....	17
2.2 Áreas de la Ocupación.....	17
2.3 Modelo de Ocupación Humana.....	19
2.3.1 Volición.....	19



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIÁN

2.3.2	Habitación.....	20
2.3.2.1	Proceso de Habitación.....	21
2.3.3	Capacidad de Desempeño.....	23
2.3.4	Ambiente.....	23
2.3.5	Dimensiones del Hacer.....	24
2.4	Cáncer.....	25
2.5	Quimioterapia Curativa.....	29
CAPÍTULO III		31
3.	Metodología.....	31
3.1	Sistema de Variables.....	31
3.1.1	Patrones Estables.....	31
3.1.2	Negociación.....	32
3.1.3	Exploración.....	33
3.1.4	Aspectos Influyentes.....	33
3.2	Metodología Elegida.....	34
3.3	Paradigmas y Perspectivas Filosóficas.....	34
3.3.1	Paradigma Positivista.....	34
3.3.2	Paradigma Social Crítico.....	35
3.3.3	Paradigma Social de la Ocupación.....	35
3.4	Diseño de la Investigación.....	36
3.5	Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	37
3.5.1	Población y Muestra.....	37
3.5.2	Procedimientos e Instrumentos de Colecta de Datos.....	38
3.5.3	Técnica de Análisis de Datos.....	40
CAPÍTULO IV		41
4.	Análisis y Discusión de Resultados.....	41
4.1	Análisis de Resultados.....	41



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

4.2 Discusiones.....	60
CAPÍTULO V.....	71
5. Conclusiones.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	85
Anexo N°1.....	85
Anexo N°2.....	86
Anexo N°3.....	87
Anexo N°4.....	88
Anexo N°5.....	94



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto en el proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región de Biobío.

Método: El estudio fue de tipo cuantitativo, cuya muestra se obtuvo de forma aleatoria e incluyó a 23 mujeres mayores de 18 años, pertenecientes a agrupaciones de cáncer (“Circulo Mama Rosa” y “Alma mía”), voluntarias y ex pacientes del Sanatorio Alemán y Hospital Regional de la Región del Biobío.

Resultados: Existe un impacto de la quimioterapia curativa en el proceso de habituación de las mujeres porque se incorporan, pierden y mantienen, hábitos, roles, restructurándose así su rutina. Existe una disminución en la participación en las áreas de la ocupación, identifican factores que limitan y favorecen su desempeño, reconocen el impacto de las condiciones médicas y las consecuencias en su desempeño, reconocen sus capacidades y debilidades. **Conclusión:** Es tan potente el impacto de la quimioterapia en la vida de la mujer, que posterior al tratamiento la mujer desarrolla una nueva identidad, por lo que es crucial abordar la intervención oncológica desde Terapia Ocupacional.

Palabras claves: Proceso de habituación, Quimioterapia Curativa, Identidad, Terapia Ocupacional.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

ABSTRAC

Objective: To determine the impact in the process of habituation of women with cancer after the treatment of curative chemotherapy in the Biobío region. **Method:** The study was of quantitative type, whose sample was obtained randomly and included 23 women older than 18 years old, belonging to cancer groups (“Círculo mama rosa” and “Alma mía”), volunteers and former patients of “Sanatorio Alemán” and “Hospital Regional” of the Biobío region. **Results:** There is an impact of curative chemotherapy in the process of habituation of women because they incorporate, lose and maintain habits, roles, thus restructuring their routine. There is a decrease in participation in the areas of occupation, they identifying factors that limit and favor their performance, they recognize the impact of medical conditions and the consequences on their performance, they recognize their abilities and weaknesses. **Conclusion:** The impact of chemotherapy in a woman's life is so powerful that after the treatment the woman develops a new identity, so it is crucial to approach the oncological intervention from Occupational Therapy.

Keywords: Habituation process, Curative Chemotherapy, Identity, Occupational Therapy.

Introducción

El cáncer es un problema de salud a nivel mundial, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que para el año 2025 los casos de cáncer aumentarán a más de 4 millones y las muertes provocadas alcanzarán los 1,9 millones de personas. En Chile, el cáncer constituye la segunda causa de muerte con mayor incidencia, estimándose 22.000 personas fallecidas durante el año 2008.

Frente al escenario recién expuesto, la Sociedad Americana del Cáncer propone a la quimioterapia como el método de tratamiento de primera opción y más utilizado mundialmente. Sin embargo, este tratamiento trae consigo efectos secundarios en las personas, así lo afirma el Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia.

Carrere afirma que el diagnóstico y tratamiento de cáncer son eventos estresantes en la vida de las mujeres con consecuencias profundas que se manifiestan en todos los aspectos de la vida humana, provocando múltiples cambios, ya sean síntomas corporales, funcionales y espirituales que sumergen a las mujeres en un nuevo estado de salud (2016).

Desde la Terapia Ocupacional, el cáncer y quimioterapia son circunstancias que invalidan los patrones estables de las mujeres, generando un impacto en el proceso de habituación.

1. Antecedentes del Problema

1.1 Formulación del Problema

El marco de trabajo que establece la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA, 2010), define a los hábitos y roles como parte de los patrones de desempeño ocupacional, haciendo referencia a ciertos conceptos que se utilizan en el proceso de participar en las ocupaciones o actividades. Gran parte de lo que se realiza pertenece a un esquema de vida diaria, donde la mayoría de las personas repite el mismo escenario matinal familiar, de un día laboral, de levantarse, asearse y salir para el trabajo o la escuela. Los hábitos preservan las formas de hacer las cosas que se han internalizado, y, a través de la ejecución repetida se generan hábitos al hacer constantemente las mismas cosas en el mismo contexto. Es decir, lo que en un momento requiere atención y concentración, finalmente se torna automático. Kielhofner afirma que los patrones son tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes dentro de ambientes o situaciones familiares, y, para que ellos existan, se debe repetir la acción lo suficiente como para establecer el patrón y se deben presentar en circunstancias ambientales constantes (2004).

A través de un proceso de socialización, las personas adquieren roles que derivan de un estado social. La participación en pocos roles es más probable que sea perjudicial para el bienestar psicológico que tener demasiadas demandas de roles. Sin roles suficientes se carece de propósito y estructura en la vida cotidiana. Cuando una persona posee cierta enfermedad las



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

expectativas sociales normales para el rol de trabajador u otros (rol de madre, hija, nieta, entre otros), típicamente son suspendidas. En su lugar, se ingresa el estado social de discapacitado y se espera que se conforme a los servicios y el asesoramiento del personal médico para sentirse bien. El rol de discapacitado puede ser un problema para una persona con una discapacidad o enfermedad prolongada. Por ejemplo, el rol de enfermo implica pasividad y cumplimiento, los cuales pueden ser contraproducentes para que los individuos asuman la responsabilidad de sus vidas y reingresen en roles ocupacionales (Kielhofner, 2004).

Existen ciertas circunstancias en la vida de las personas como es el caso de cáncer y el tratamiento de quimioterapia curativa, que generan sentimientos de angustia y confusión al momento de tener que considerar el reingreso e incorporación a ciertos hábitos y roles, dificultando de esta forma la exploración de ellos. Esto se logra visualizar desde el proceso de habituación definido por las Heras (2013), como una negociación continua en la vida de las personas frente a situaciones que cambian de manera inmediata o a largo plazo. Además, define al proceso de habituación como un ciclo el cual comprende en orden: invalidación de las formas propias de responder y hacer, la exploración de nuevas formas de organización y estilos de comportamiento y finalmente la práctica repetida de estas nuevas maneras de hacer hasta constituir un nuevo patrón de comportamiento (p.28).

De acuerdo a lo anterior, se destaca que, al pasar por una situación de salud como el cáncer, es posible que se pierdan diversos roles y hábitos, por tanto, se vuelve dificultoso la reinserción a rutinas del diario vivir de manera eficaz, impactando de alguna forma en dicho proceso. Esto ocurre debido a que se producen cambios físicos, psicológicos y sociales en la persona. Además, se pierde el sentido de eficacia del individuo, puesto que las habilidades posteriores a la quimioterapia se ven impactadas por los afectos adversos de esta, por lo que la mujer desde un componente subjetivo tiene que aprender



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

a desempeñarse a partir de un nuevo cuerpo y nuevas habilidades, intereses y valores.

Acerca del cáncer, es importante mencionar que es un problema a nivel mundial. Según el proyecto del Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, existen cerca de mil doscientos millones de casos anuales y 7,5 millones de fallecidos por tumores malignos. Por otro lado, una investigación realizada por el Consorcio Tecnológico de Biomedicina Clínico Molecular Aplicada (BMRC-Chile), expone que en el año 2004 el cáncer fue responsable de 7,4 millones de defunciones a nivel mundial lo que significa aproximadamente el 13% del total de fallecidos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que para el año 2025 los casos de cáncer aumentarán a más de 4 millones y las muertes provocadas alcanzarán los 1,9 millones de personas.

En relación a nuestro país, Jiménez (2010) muestra que la tasa de mortalidad por cáncer para el año 1990 era de 107,5 por 100 mil habitantes y en el año 2007 dicha tasa aumentó a 129,5 por 100 mil habitantes, equivalente a un incremento del 20,5%. Hoy en Chile, el cáncer constituye la segunda causa de muerte con mayor incidencia, estimándose 22 mil personas fallecidas durante el año 2008. Según Cristian Valdebenito (2016), en la región del Biobío hay 50.000 personas que hoy viven con cáncer. Cada año se suman en la zona 5.000 nuevos casos y 3.000 mueren por esta enfermedad al año, siendo un porcentaje importante de ellos evitable.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mamas es el más común a nivel mundial, representando un 16% de todos los cánceres femeninos. En segundo lugar, está el cáncer del cuello uterino, donde más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios. Esta incidencia varía en todo el mundo, siendo Europa Oriental, América del Sur, África y Asia Occidental los continentes con índices más moderados pero que van en aumento. Las bajas tasas de supervivencia en



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

países pocos desarrollados se explican por la falta de programas de detección precoz, falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamientos (OMS).

Frente al escenario recién expuesto, la Sociedad Americana del Cáncer propone a la quimioterapia como el método de tratamiento de primera opción y más utilizado, cuyos objetivos son curativos, paliativos y de control. Según el proyecto del Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, la quimioterapia trae consigo efectos secundarios debido a que las drogas citotóxicas con las cuales trabaja este tratamiento, afectan a todas las células del organismo, incluyendo a las células de tejidos sanos.

En nuestro país existen variados tratamientos contra el cáncer, tales como radioterapia, inmunoterapia, hormonas, cirugías entre otros. Así lo propone la Estrategia Nacional del Cáncer (2016). Sin embargo, la quimioterapia sigue siendo el tratamiento más utilizado en el país, requiriendo una serie de mejoras en el sistema de salud nacional debido a la gran incidencia de cáncer en la población.

En relación a las estadísticas en cuanto al cáncer según el género, existe una investigación en España en base a los datos de la EUROCARE, la cual expone que las mujeres presentan un mayor porcentaje de supervivencia en la mayoría de los tipos de cáncer. Junto a esto, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, muestra en sus estadísticas que la mortalidad de cáncer es más alta en hombres que en mujeres (207,9 por cada 100000 hombres y 145,4 por cada 100000 mujeres).

Debido a la gran cantidad de incidencia y supervivencia a nivel mundial y nacional en mujeres que presentan cáncer, resulta importante abordar esta patología desde una perspectiva de género, así lo propone la fundación MoviCáncer de Nicaragua. Esta fundación explica la importancia de abordar el cáncer desde una perspectiva de equidad de género, debido a la gran desigualdad que existe entre el hombre y la mujer, especialmente en América Latina, ya sea por condiciones de acceso, atención y tratamiento en salud,



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

además de los patrones socioculturales, costumbres y prejuicios que provocan situaciones de riesgo y de desventaja sobre la salud. La Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA) junto a Pfizer, realizó un coloquio acerca del cáncer y la mujer, en donde importantes profesionales dieron su punto de vista acerca de este tema. Rosario López, profesora de Salud y Género en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, propone que existe una falta de perspectiva de género tanto en los ensayos clínicos como en el análisis de datos.

Según Jaman y Rivera (2012) el diagnóstico y tratamiento de cáncer es un evento estresante en la vida de las mujeres, con consecuencias profundas que se manifiestan en todos los aspectos de la vida humana, provocando múltiples cambios, ya sean síntomas corporales, funcionales y espirituales que sumergen a las mujeres en un nuevo estado de salud. El cáncer puede crear un sentido de aislamiento con el entorno más cercano, quienes pueden no entender la situación por la que el sujeto está pasando, así lo explica el Instituto Nacional de Cáncer, en el año 2018. Por otro lado, el tratamiento puede requerir hospitalización lejos de casa lo que puede causar un aislamiento emocional y el deseo de una vida normal puede limitar el compartir experiencias del cáncer con personas sanas de la edad. Es por ello que se necesita comprender a las mujeres en la etapa de tratamiento con quimioterapia, para así identificar los momentos críticos y las necesidades de cuidado de cada una de ellas. También es relevante el conocimiento para cambiar hábitos insanos que se dan en la sociedad aumentando así el riesgo de padecer cáncer.

En el documento “Evolución de la Terapia Ocupacional en el campo de la Oncología” (2006), se relata que en los años recientes ha aumentado las expectativas de vida de los pacientes oncológicos, esto producto de los avances de la medicina que han permitido un mejor manejo de las complicaciones derivadas de la enfermedad oncológica como de su



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

tratamiento. Es precisamente esta situación la que ha modificado el escenario del trabajo del Terapeuta Ocupacional en el ámbito oncológico. Muchas personas aquejadas de cáncer y que en décadas anteriores simplemente morían, hoy tienen la posibilidad de continuar con sus vidas, debiendo sobrellevar secuelas físicas, psicológicas y sociales, como resultado de la enfermedad o del tratamiento, limitando así su capacidad funcional y deteriorando su calidad de vida.

El Terapeuta Ocupacional Maximiliano Merino en su estudio “Terapia Ocupacional en mujeres con cáncer de mama, una mirada desde el Modelo Canadiense del desempeño ocupacional” (2017), menciona que, en el campo de la Oncología, la labor de Terapia Ocupacional se incluye, pero, no siempre se cuenta con la intervención y evaluación de ésta. Expone también, la importancia de la visión sociopolítica de la Terapia Ocupacional, la cual busca igualdad en la participación ocupacional, sin que esta sea limitada por una condición de salud. Su estudio concluye en que efectivamente el desempeño ocupacional se ve afectado por el cáncer de mamas y que este siempre está vinculado con los roles y significados que estos tienen para la persona.

Es por ello que resulta importante abarcar la Oncología desde una perspectiva de Terapia Ocupacional, ya que, esta disciplina se encarga de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación, potenciando las capacidades preservadas y la compensación de sus limitaciones con el fin de mantener el máximo nivel de funcionalidad.

En usuarios oncológicos podría existir un quiebre en el proceso de habituación, debido a los tratamientos a los cuales debe acceder y las limitaciones que esto conlleva, generando un cambio en sus patrones de desempeño tales como roles, rutinas y hábitos los cuales forman parte primordial de la intervención en Terapia Ocupacional.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

De esta forma es que surge la pregunta: ***¿Cómo el proceso de habituación se ve afectado por el tratamiento de quimioterapia curativa en mujeres con cáncer en la región del Biobío?***

1.2 Justificación de la Investigación

Es importante para la disciplina investigar y aportar con nuevos estudios sobre los efectos del cáncer y su tratamiento en el proceso de habituación, porque existe una situación de cambio respecto a la esperanza de vida de las personas con este diagnóstico y de la visión en el abordaje de su tratamiento desde diferentes profesionales, creando la necesidad de una rehabilitación integrada y holística.

La Terapia Ocupacional en Oncología cuenta con experiencia y evidencia científica en otros países, que sustentan su importancia y la gran labor terapéutica que puede ofrecer, además del ahorro de recursos económicos que se pueden obtener debido al incremento de autonomía y calidad de vida que el paciente oncológico puede llegar a alcanzar (Agorreta et al, 2014). Sin embargo, en nuestro país el escenario no es el mismo, creando la preocupación de contar con mayor investigación en el área debido a la implicancia e importancia que tiene la profesión en el mejoramiento de la salud en condiciones como el cáncer. Frente a lo anterior mencionado, es importante afirmar que toda persona tiene derecho a ser atendida por los profesionales formados y preparados en las diferentes áreas de tratamiento, por lo que se cree que se está privando de los beneficios terapéuticos que desde la profesión se pueden aportar a todos los usuarios(as) que actualmente cursan por esta enfermedad.

Según Agorreta, el paciente oncológico, por lo general, carece de la motivación intrínseca propia del sujeto sano, se encuentra en un ambiente privado de estímulos, sus habilidades para el desempeño de tareas han



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

cambiado, todo su entorno familiar y social se ha desestructurado, su ocupación ha cambiado, y su rol de persona en el mundo ha dado un giro.

Lo anterior crea la necesidad de abarcar la situación mediante el Modelo propio de la Terapia Ocupacional; Modelo de Ocupación Humana (MOHO), que menciona que a través de la actividad y el establecimiento de hábitos y rutinas se desarrolla la organización interna de la persona. Tras un proceso oncológico, se sufre una desorganización en todos los sistemas del individuo, una desadaptación de su ciclo vital, y la persona necesita buscar técnicas y recursos para recuperar roles y hábitos perdidos. De esta manera es relevante analizar el proceso de habituación de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia, comprendiendo que el diagnóstico de cáncer es una circunstancia que conlleva a cambios biopsicosociales en la vida de la mujer, dando paso a una invalidación de los patrones de desempeño estables y luego, a una negociación inmediata o a largo plazo, para poder formar nuevos patrones de desempeño, requiriendo que la mujer descubra nuevos estilos de acciones determinados por las nuevas experiencias internas y externas de los antiguos y nuevos roles. Adaptándose así, a una nueva organización temporal, reconociendo nuevas habilidades ocupacionales y ejecutando nuevas actividades y funciones. Dicho de otra manera, se considera que el proceso de habituación es relevante, ya que, cotidianamente los seres humanos experimentan circunstancias que generan cambios en el pensamiento y conductas que realizan. Lo anterior influye positiva o negativamente en la salud del individuo, frente a ello se debe generar un proceso de autorreflexión, que permita la posterior toma de decisiones, lo que conlleva a generar la búsqueda constante del cambio, a través, de actividades significativas. Finalmente, se producen nuevas rutinas, hábitos y roles en la vida del ser humano.

A través de la Terapia Ocupacional, el individuo puede beneficiarse de una serie de técnicas, recuperando su vida, intentando que vuelva a tener



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

sentido, haciéndose valer por sí mismo, minimizando las secuelas y obtener una mejor calidad de vida, siempre dentro de sus posibilidades. Además de vivir la vida de una manera digna, intentando depender lo menos posible de los demás.

Cabe destacar, que uno de los objetivos de este estudio, es el poder demostrar la importancia de la incorporación de la Terapia Ocupacional en los procesos de intervención de esta población, debido a los graves cambios en el desempeño ocupacional por la sintomatología del cáncer y sus tratamientos. El objetivo de la disciplina es que las personas logren una participación efectiva y satisfactoria en sus ocupaciones, con el derecho de participar en ellas, sin limitantes personales o contextuales, de la forma más independiente y autónoma posible. Por lo mismo, la disciplina se enfoca a evitar factores de riesgo ocupacional, tales como el desequilibrio ocupacional, alienación ocupacional y privación ocupacional, según lo explica Ann Wilcok (2006).

Por consiguiente, es necesario mejorar la calidad de vida de estas personas, siendo de forma significativa mediante actividades de interés. Además, se requiere aumentar la autoestima y la motivación, así también mantener la autonomía y sobre todo respetar sus decisiones. Lo anterior, conlleva a una rehabilitación funcional.

1.3 Delimitación

El presente estudio refiere a una metodología de tipo Cuantitativa y tiene la finalidad de determinar cómo el proceso de habituación se ve impactado por el diagnóstico de cáncer (cualquier tipo) y por el tratamiento de quimioterapia curativa, según la fase en la que se encuentre. La población objetiva son mujeres mayores de 18 años de la región del Biobío, que hayan pasado por esta situación. Para lo anterior, se realiza la aplicación de encuestas por cada



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

una de las variables a investigar, de manera tal que se establezcan resultados objetivos en base al estudio.

1.4 Marco Empírico

Terapia Ocupacional en mujeres con cáncer de mama, una mirada desde el Modelo Canadiense del desempeño ocupacional.

Suárez (2017) determina cómo la práctica de Terapia Ocupacional se vuelve necesaria en situaciones complejas de la vida como es el cáncer de mama.

Método: Se eligió la metodología cualitativa con un enfoque biográfico, ya que se utilizó la entrevista en profundidad como herramienta para obtener los datos, luego se codificó la información a través del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional. Para así conocer de manera sistemática como participación en los diversos componentes emanados desde este modelo; el análisis se realiza comparando la vivencia descrita en contraste con el enfoque de derecho. La muestra se limitó a cuatro mujeres con más de cinco años de evolución post tratamiento quirúrgico. Se solicitó que cumplieran con este criterio de tiempo dado que el tratamiento de hormonoterapia según lo señalado en la literatura se utiliza cinco años seguidos de fármacos entre los cuales el más común es el tamoxifeno. **Resultados:** Estos apuntan que la vivencia de cáncer irrumpe en la cotidianidad de la mujer y eso afecta al desempeño ocupacional dado que su forma de relacionarse, la familia y demás personas que están alrededor de ellas se modifica, se reconstruyen e incluso se llevan a disolver relaciones establecidas. **Conclusiones:** 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 valorar 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”.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

La investigación realizada por Suarez en el año 2017, entrega referencias con respecto a que la vivencia del cáncer afecta el desempeño de la mujer, modificándose y reconstruyéndose, lo que se relaciona con nuestra propuesta que la quimioterapia curativa impacta en el proceso de habituación de la mujer, ya que la mujer negocia y explora; es decir, reconstruye sus roles, hábitos y rutinas. Además, el autor expone la importancia de la Terapia Ocupacional, llamando a fortalecer la intervención en mujeres con cáncer, enfocándose en mantener y mejorar la calidad de vida.

Roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Varillas (2015), propone que el objetivo de la investigación es determinar los roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia. **Diseño:** Se realizó estudio observacional, de tipo transversal, descriptivo y prospectivo. **Lugar:** Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y población peruana en general. **Participantes:** 25 mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia y 25 mujeres sin cáncer de mama. **Intervención:** se entrevistó a 50 mujeres con y sin cáncer de mama para conocer si los roles ocupacionales tenían variación en los grupos de estudio, se obtuvo los resultados mediante la aplicación del instrumento “Listado de Roles”, además de una entrevista sociodemográfica. El análisis estadístico fue realizado mediante análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y análisis de frecuencias en las variables de modificaciones de roles, así como la relación entre ambos grupos de estudio. Principales medidas de resultados: Activo o no activo en el pasado; pérdida, ganancia, continuidad o ausencia en el presente y participación o no participación en el futuro de roles ocupacionales. **Resultados:** Se observó que las mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia presentaron mayor pérdida en 4 de 10 roles y ganancia en 1 de 10 roles a



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

diferencia de los roles ocupacionales en las mujeres sin cáncer de mama en el tiempo presente. **Conclusiones:** Se encontró que la continuidad de los roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama fue menor en frecuencia que las mujeres sin cáncer de mama en el periodo de tiempo presente. Por lo cual se evidencia que el impacto del cáncer también afecta las dimensiones del hacer ocupacional restringiendo la participación ocupacional activa en los roles.

El estudio anterior demuestra que existe un impacto del cáncer en los roles de la mujer, restringiendo su participación ocupacional a causa de la enfermedad. Considerando los roles dentro de la habituación y entendiendo la adquisición o perdida de roles desde un proceso de invalidación, negociación y exploración, se deduce que a causa de la enfermedad (cáncer) y el tratamiento de quimioterapia, existe un cambio en el proceso de habituación, esto ya que, según el estudio, la mujer con cáncer a diferencia de la mujer sana, logra una continuidad menor en sus roles ocupacionales, repercutiendo en la participación activa en ellos.

Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico.

Carvalho, Alves y Souza (2015), plantean en su investigación el siguiente objetivo: Evaluar la autoestima de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. **Método:** Estudio descriptivo-analítico; transversal; cuantitativo. Participaron 156 pacientes de una unidad de oncología de un hospital general de medio porte. **Resultados:** Se encontró mayor frecuencia de pacientes que presentaron autoestima alta, algunos de los cuales presentaron autoestima media o baja. La escala presentó valor alfa de Cronbach de 0,746, teniendo en cuenta su consistencia interna buena y aceptable para los ítems evaluados. Ninguna variable independiente presentó asociación significativa con la autoestima. **Conclusión:** Los pacientes oncológicos evaluados presentaron autoestima alta; por lo tanto, resulta



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

crucial que la enfermería planee la asistencia de los pacientes en tratamiento quimioterápico, permitiendo acciones y estrategias que atiendan los mismos acerca de su estado físico, así como al psicosocial, teniendo en cuenta el mantenimiento y la rehabilitación de aspectos emocionales de estas personas.

El estudio mencionado refleja la importancia de un equipo multidisciplinario para la intervención de los pacientes oncológicos, considerando médicos, enfermeras, psicólogos, etc. El cáncer y su tratamiento repercute en el estado físico, psicosocial y emocional de la persona; y visto anteriormente también en los roles, por lo que es imprescindible el trabajo desde la Terapia Ocupacional para mantener la independencia, mantener las habilidades físicas, mejorar la calidad de vida de la mujer con cáncer y reinsertarla en el mundo social.

Terapia Ocupacional en oncología: experiencias en prácticas académicas y revisión de literatura

El estudio realizado por Peña, Parra y Gómez (2017) tiene por objetivo: Indagar sobre la formación de Terapeutas Ocupacionales en oncología en un programa universitario, e identificar literatura actualizada como evidencia para la formación y práctica profesional. **Materiales y Métodos:** Estudio exploratorio transversal, con una muestra integrada por 29 estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia. Revisión sistemática de literatura 2010-2015, sobre intervenciones de terapia ocupacional en oncología. **Resultados:** En la encuesta, menos de una cuarta parte de los estudiantes respondió haber recibido formación sobre manejo clínico de dicho diagnóstico, y sobre la intervención del Terapeuta Ocupacional con tales casos (24,1%). Poco más de dicho porcentaje (27,6%), ha tenido usuarios con cáncer en sus prácticas académicas. En la revisión de literatura no se encontraron publicaciones nacionales, aunque sí productos inéditos de universidades colombianas. Se recuperaron 54 trabajos



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

internacionales, especialmente en rehabilitación, seguido de las áreas psicosocial y sociolaboral. El cuidado paliativo, la multidisciplinariedad, la experiencia subjetiva del paciente frente al diagnóstico y tratamiento, la atención humanizada e integral desde las diferentes áreas del quehacer terapéutico y el trabajo con cuidadores, se plantean como temas de relevancia profesional en el abordaje del paciente oncológico. **Conclusiones:** Se aportan referentes para el desarrollo curricular de Terapia Ocupacional y para procesos de actualización profesional, de competencia de la academia y gremial. Es importante la intervención en cáncer no sólo durante, sino también mientras el tratamiento y posteriormente con supervivientes. Deben incentivarse las publicaciones profesionales, asegurando que arrojen evidencias potentes del impacto de la terapia ocupacional y de la rehabilitación oncológica.

La investigación anterior demuestra la existencia de referentes para el desarrollo curricular de la Terapia Ocupacional y para los profesionales. Además, evidencia la importancia de la Terapia en la intervención durante y posterior al tratamiento en personas con cáncer, incentivando a los profesionales del área a investigar sobre la rehabilitación oncológica ya que existe un impacto desde la disciplina.

En resumen, de acuerdo a las investigaciones señaladas se establece la importancia de incorporar Terapia Ocupacional en el tratamiento o rehabilitación en mujeres que padecieron cualquier tipo de cáncer, por ende, la relevancia surge posterior al tratamiento de quimioterapia curativa. Cabe destacar, que las consecuencias al momento de contraer cáncer, ya sean secuelas cognitivas, secuelas físicas, ideación de muerte, aislamiento social, secuelas sociales y secuelas emocionales son aspectos del cual el Terapeuta Ocupacional debe intervenir. Además, se evidencian alteraciones en el desempeño ocupacional, a la vez pérdida de roles, rutinas y hábitos. Es por esto, que se debe tener una mirada holística con las personas, puesto que,



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

se puede tener una perspectiva más amplia al momento de evaluar a la persona.

Por otro lado, es posible determinar que, a través de la aceptación del diagnóstico de cáncer y llevar a cabo el tratamiento oportuno la mayoría de las personas, específicamente un 96% evidenció mayor felicidad subjetiva y alta satisfacción con la vida mediante cuidados paliativos. Los roles de igual forma se ven disminuidos, debido a que el impacto del cáncer también afecta el hacer ocupacional restringiendo la participación ocupacional activa en los roles.

1.5 Hipótesis

El proceso de habituación se ve afectado en la reconstrucción y exploración de actividades posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en mujeres de la región del Biobío.

1.6 Objetivos de la Investigación

1.6.1 Objetivo General

Identificar cómo el proceso de habituación se ve afectado posterior al tratamiento de quimioterapia curativa de mujeres en la región del Biobío.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Identificar los patrones estables previos al tratamiento de quimioterapia curativa de mujeres en la región del Biobío.
- Identificar la existencia de patrones estables actuales de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

- Identificar aspectos favorecedores en la reconstrucción de patrones de mujeres con tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío.
- Identificar aspectos limitantes en la reconstrucción de patrones de mujeres con tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío.
- Identificar la participación en áreas de la ocupación previo al tratamiento de quimioterapia curativa de mujeres en la región del Biobío.
- Identificar la participación actual en las áreas de ocupación de mujeres de la región del Biobío.
- Analizar la reconstrucción de patrones de habituación (negociación y exploración) posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío.
- Demostrar el impacto del tratamiento de quimioterapia curativa, en la búsqueda de nuevas actividades y patrones de desempeño en mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío.

2. Marco Teórico y Conceptual

2.1 Terapia Ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) en el año 2012, define la Terapia Ocupacional (TO) como una profesión que se encarga de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la TO es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Este resultado se logra mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizan su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

La TO posee una amplia formación que proporciona las habilidades y conocimientos para trabajar de forma colaborativa con individuos o grupos de personas que tienen una deficiencia de una estructura o función corporal, debido a una condición de salud, y que experimentan limitaciones en su participación. Los principios de la TO establecen que la participación puede ser facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por todo ello la práctica de la TO podría estar dirigida a aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación.

2.2 Áreas de la Ocupación

En TO, las ocupaciones se refieren a las actividades cotidianas que las personas realizan como individuos en sus familias y en las comunidades. para

ocupar el tiempo y dar sentido y propósito a la vida. Las ocupaciones incluyen cosas que las personas necesitan, desean y se espera que hagan (WFOT).

La gran cantidad de actividades y ocupaciones esta ordenada en categorías llamadas “áreas de la ocupación”, en las que se encuentran actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. La perspectiva del cliente de como una ocupación es categorizada, varía dependiendo de las necesidades e intereses del cliente (AOTA, 2010)

Las áreas de la ocupación, según la AOTA (2010), se clasifican en:

- **Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB):** Son actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo fundamentales para vivir en un mundo social y permiten la supervivencia y el bienestar. Por ejemplo: bañarse, alimentarse, movilidad funcional, etc.
- **Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI):** Son actividades de apoyo a la vida cotidiana, en la casa y en la comunidad, que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado. Por ejemplo: el cuidado de otros, facilitar la crianza de los niños, gestión y mantenimiento de la salud, etc.
- **Descanso y Sueño:** Incluye actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en las otras áreas de la ocupación.
- **Educación:** Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente. Por ejemplo: la exploración de las necesidades educativas, participación en la educación formal e informal.
- **Trabajo:** Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado. Por ejemplo: la búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el trabajo, etc.

- **Ocio o Tiempo Libre:** Corresponde a una actividad no obligatoria que esta intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir. Por ejemplo: exploración y participación en el ocio.
- **Participación Social:** Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social. Por ejemplo: participación de la comunidad, en la familia o compañeros, amigos, etc.

2.3 Modelo de Ocupación Humana

La investigación se basa en el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) el cual “Proporciona una forma de pensamiento sobre la adaptación ocupacional de las personas y del proceso de la terapia” (Kielhofner, 2004, p.212). Según el autor, las premisas de este modelo son las siguientes:

- La adaptación ocupacional es dinámica y dependiente del contexto.
- La ocupación es esencial para la autoorganización.
- La intervención está centrada en la persona, las características del usuario y la intervención debe ser cooperativa con la persona.

Kielhofner (2004), afirma que el ser humano se compone por tres elementos esenciales: volición, habituación y capacidad de desempeño, los cuales se ven influenciados por el ambiente.

2.3.1 Volición

La volición incluye una profunda necesidad humana por la acción, combinada con pensamientos y sentimientos respecto de hacer cosas, determinada por la experiencia previa y vinculada con el futuro. Los pensamientos y los sentimientos volitivos tienen que ver con cuan eficaz se siente la persona al



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

participar en el mundo, qué considera importante y significativo y qué es lo que encuentra satisfactorio y placentero. Estos tres conjuntos de pensamientos se denominan causalidad personal, valores e intereses (Kielhofner, 2004).

- **Causalidad Personal:** Según Kielhofner (2004) la causalidad personal es la conciencia de las habilidades de uno mismo y la sensación de eficacia para alcanzar lo que se desea. Es decir, la causalidad personal consiste en un conjunto desplegado dinámico de pensamientos y sentimientos acerca de las capacidades y la eficiencia propia influido por la conciencia permanente del desempeño personal y sus consecuencias.
- **Valores:** Los valores se fundan en la comprensión del mundo con sentido común proporcionada por el contexto sociocultural, es decir, son lo que uno considera importante y significativo hacer. Definen que vale la pena hacer, cómo debe desempeñarse uno mismo y qué objetivos y aspiraciones merecen compromiso. Se relacionan con emociones fuertes como sentimientos de seguridad, valía, pertenencia o logro (Kielhofner, 2004).
- **Intereses:** Kielhofner (2004) refiere que los intereses son lo que uno encuentra placentero o satisfactorio. Son inclinaciones naturales para disfrutar diferentes tipos de actividades, desarrollándose a través de la experimentación de placer y satisfacción al participar en ocupaciones.

2.3.2 Habitación

La habitación regula la organización de patrones familiares y la rutina, lo cual les permite a las personas reconocer y responder en forma automática a características y situaciones presentes en el entorno. Además, organiza las actividades propias en patrones recurrentes que constituyen la mayor parte



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

de las rutinas diarias, estos patrones integran a las personas en los ritmos y las costumbres de los mundos físicos, social y temporal (Kielhofner, 2006).

Kielhofner, (2011) define habituación como una disposición internalizada de exhibir patrones constantes de comportamiento, guiado por nuestros hábitos y roles, que responden a características rutinarias de los entornos temporales, físicos y sociales.

- **Hábitos:** Kielhofner (2004) define a los hábitos como formas aprendidas de realizar actividades que se despliegan de modo automático, los hábitos regulan el comportamiento al proporcionar una manera de lidiar con las contingencias del entorno. Por consiguiente, los hábitos son tendencias adquiridas para responder y desempeñar de manera automática en determinadas formas sistemáticas en ambientes y situaciones familiares.
- **Roles:** Los roles, a través de la interacción con los demás, las personas también internalizan actitudes y formas de comportarse que pertenecen a un rol determinado, una vez internalizado, un rol actúa como marco para poner atención y desenvolverse en el mundo. La representación de un rol puede verse reflejada en la forma de vestir, la conducta y el contenido de las acciones propias (Kielhofner, 2004).

Kielhofner (2004) menciona que la habituación regula la organización de patrones familiares y la rutina, lo cual les permite a las personas reconocer y responder en forma automática a características y situaciones presentes en el entorno, es decir, la habituación guía a las personas a través de una gran cantidad de circunstancias rutinarias que se controlan sin tener que recurrir al pensamiento.

2.3.2.1 Proceso de Habituación

Carmen Gloria de las Heras de Pablo (2013), refiere que el proceso de habituación corresponde a una negociación continua en la vida de una

persona frente a situaciones que cambian de manera inmediata o a largo plazo. Este proceso lo define como un ciclo el cual comprende en orden: Invalidación de las formas propias de responder y hacer, la exploración de nuevas formas de organización y estilos de comportamiento y finalmente la práctica repetida de estas nuevas maneras de hacer hasta constituir un nuevo patrón de comportamiento (p.28) (ver figura 1).

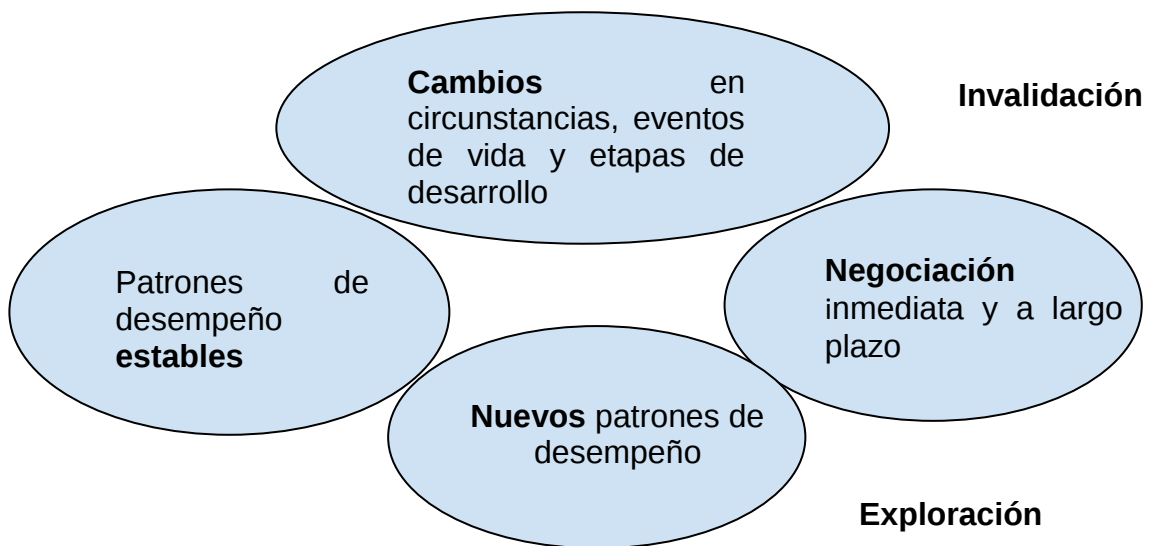


Figura 1: *Proceso de Habitación (Adaptado de las Heras (2013)).*

Desde la investigación, el proceso de habituación se comprende como un ciclo por el cual pasan las personas de forma diaria producto de cualquier cambio y/o circunstancia que genera un quiebre en los patrones de desempeño estables en la vida de las personas. Estos cambios y/o circunstancias, en este caso el cáncer y posterior tratamiento de quimioterapia, genera una invalidación en la vida de las personas, donde los patrones estables tales como hábitos, roles y rutinas se inhabilitan, por lo cual, la persona pasa por un proceso de negociación el cual permite analizar los pros y los contras, reestructurar y negociar con ella misma y con el

ambiente para luego permitirse explorar en nuevas formas de hacer y desempeñarse. Luego, si esta exploración es exitosa, la persona puede comenzar a crear nuevos patrones de desempeño los cuales pasarán a ser nuevamente patrones de desempeño estables.

2.3.3 Capacidad de Desempeño

La capacidad de desempeño, según Kielhofner (2004), es la capacidad de realizar actividades, proporcionada por el estado de los componentes objetivos, físicos y mentales y la experiencia subjetiva correspondiente.

- **Componente Objetivo y Subjetivo:** Según señala Kielhofner, (2011) las capacidades y las limitaciones de capacidad pueden ser descritas objetivamente y también son experimentadas, por aquellos que la poseen. El componente objetivo generalmente ve estas experiencias solo como consecuencias del problema real, las que deben ser valoradas desde un punto de vista distante de la persona que las experimenta. A diferencia de la experiencia subjetiva o vivida siendo el cuerpo vivido la experiencia del ser y de conocer el mundo a través de un cuerpo particular, por tanto, el desempeño está guiado por el cómo se siente al participar de una ocupación (Kielhofner, 2004).

2.3.4 Ambiente

Según Kielhofner (2004) el ambiente se conceptualiza como el proveedor de oportunidades, recursos, demandas y limitaciones. El modo en que el ambiente afecta a cada persona, depende de los valores, los intereses, la causalidad personal, los roles, hábitos y la capacidad de desempeño de esta persona, la influencia exclusiva del ambiente en cada individuo se denomina impacto ambiental. Tanto el entorno físico como social tienen impacto sobre

la motivación por la ocupación, la formación de patrones y la formación de esta.

- **Ambiente Físico y Social:** El ambiente físico está compuesto por los espacios naturales y los creados por el ser humano y los objetos dentro de ellos. El ambiente social está constituido por los grupos de personas y la forma ocupacionales que desempeñan los individuos pertenecientes a estos grupos. Los grupos proporcionan y asignan roles a sus miembros y constituyen el espacio social en que estos roles se desarrollan en función del ambiente las normas y la situación de grupo (Kielhofner, 2004).

2.3.5 Dimensiones del Hacer

Las dimensiones del hacer según Kielhofner (2004) la naturaleza de hacer la ocupación y la consecuencia del hacer sobre el tiempo en la vida de un individuo. Se considera que las personas hacen en el curso de sus ocupaciones, identificándose tres niveles de análisis:

- **Participación Ocupacional:** Se utiliza para referirse a la participación en el trabajo, juego o actividades de la vida diaria que forman parte del propio contexto sociocultural y que son deseados y/o necesarios para el propio bienestar, Por lo tanto, la participación ocupacional indica hacer cosas con significación personal y social (Kielhofner, 2004).
- **Desempeño Ocupacional:** Se refiere a hacer una forma ocupacional, es decir al ejercicio de una forma ocupacional específica, cada área de participación está constituida por un numero de desempeños (Kielhofner, 2006).
- **Habilidad Ocupacional:** Según Kielhofner (2004), las habilidades se definen como acciones dirigidas a objetivos observables, que una persona utiliza cuando realiza. La habilidad se refiere a las acciones concretas que realizamos en medio del emprendimiento de una forma

ocupacional. Se reconocen tres tipos de habilidades: habilidades motoras, habilidades de procesamiento y habilidades de comunicación e interacción.

Es importante el MOHO para la presente investigación, porque explica como una circunstancia como el cáncer y el tratamiento de quimioterapia curativa, producen cambios tanto físicos, psicológicos y sociales en el contexto personal. Los roles pueden mantenerse, así como también perderse, ya que, cambian las habilidades que pueden no ser acorde ante las exigencias y demandas del rol. Además, se cambia la organización temporal de la rutina, la quimioterapia impide desempeñarse como lo hacían anteriormente en diversos roles. impacta en los patrones del desempeño y así, como la mujer posterior a la quimioterapia logra reconstruir su vida; mediante el proceso de habituación. Por ello resulta fundamental basarse desde el MOHO para llevar a cabo el análisis de la investigación.

2.4Cáncer

Según Figueredo (2008) el cáncer es una enfermedad conocida desde las antiguas civilizaciones y su nombre deriva de la palabra “*kankros*”, que significa cangrejo y hace referencia a la similitud en que el animal y la enfermedad atrapan y destrozan a sus víctimas. El autor explica que cada año mueren en el mundo 4 millones de personas por cáncer y a su vez, las enfermedades cancerosas ocupan a nivel mundial uno de los primeros puestos en las estadísticas de la mortalidad.

Es relevante mencionar de acuerdo a Gaviria, Quiceno y Riveros (2007) que el cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. No obstante, corresponde a la capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

que gobiernan otras células. Este crecimiento tumoral ilimitado, según Gaviria et al. (2007) hace que el cáncer sea capaz de destruir a su huésped, dañando otros órganos o procesos biológicos, o bien, utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. Si bien, algunas personas presentan cierta predisposición genética al cáncer, la enfermedad en sí misma casi nunca es hereditaria, sin embargo, el comportamiento y el estilo de vida son los factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad.

Por consiguiente, se manifiestan diversos síntomas tanto no específicos como específicos, de los cuales los primeros se caracterizan, según Gaviria et al. (2007) por presentar una pérdida de peso inexplicable, fiebre, cansancio, dolor y cambios en la piel. En cambio, los síntomas específicos del cáncer equivalen a aspectos tales como a la modificación del hábito de evacuación o en la función de la vejiga, llagas que no cicatrizan, sangrado o secreción inusual, endurecimiento o una masa en el seno o en cualquier parte del cuerpo, indigestión o dificultad para tragar y cambios recientes en una verruga o lunar.

Conforme a Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005) el cáncer es una enfermedad que demanda importantes recursos y exige una optimización en la eficacia y eficiencia de las intervenciones.

Por otro lado, existe el concepto de Psicooncología que se refiere a las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer. Según Forjaz (2005) están las respuestas psicológicas de los pacientes y su familia, por lo que el cáncer retribuye como un proceso continuo en el cual el usuario individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección.

Según Nasi (2017) el cáncer está inevitablemente ligado al dolor, adelgazamiento, caída del cabello, dificultad para respirar, pérdida de



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

autonomía y al fantasma de la muerte. Además, la autora refiere que la palabra cáncer engloba ciento de enfermedades, ya que, no es lo mismo un cáncer de mama que un cáncer de piel y, además, no todo cáncer de mama se comporta igual ya que los diferentes tipos y subtipos de cáncer se desarrollan de forma diferente y tienen pronósticos distintos. Por otro lado, explica que el modelo celular se focaliza en el comportamiento de la célula del cáncer y en su multiplicación y proliferación. Las células anormales se acumulan, forman un tumor e invaden otros tejidos u órganos localmente o a distancia, las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos y viajan a otras partes del cuerpo donde comienza a crecer y a formar nuevos tumores. La autora cita al alemán Ryke Gerd, quien retomó la relación entre psiquis y biología y reconoció que durante milenios la humanidad sabía del origen psíquico de las enfermedades. Gerd no habla del cáncer como una enfermedad, si no como una respuesta biológica adaptativa a una situación traumática y que cuando el shock se resuelve, el cuerpo vuelve a la normalidad. También existen personas que sostienen la teoría de que el cáncer surge como resultado de una desconexión espiritual o de un llamado para conectar con el verdadero sentido de vida o de karmas que deben ser pagados.

Existe una gran variedad de tipos de cáncer, sin embargo, Roxana Tabakman en su informe “Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)”, comenta que los cánceres más comunes en Latinoamérica son: cáncer de próstata, mama, cuello de útero, pulmón, colorrectal y estómago, los cuales suman un 63% de los casos y un 49% de las muertes (2016). Acerca de los tratamientos frente a estos cánceres, el Instituto Nacional del Cáncer (2017) expone que existen variados tipos de tratamientos y estos dependen del tipo de cáncer que la persona presente y qué tan avanzado esté.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Frente lo anterior, La Asociación Española contra el Cáncer (AECC) explica que las fases del cáncer van desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final, lo que se conoce como “historia natural”. La duración del proceso depende del tipo de cáncer y puede oscilar entre meses y décadas, la AECC explica 5 etapas del proceso según el grado de avance, estas son:

- **Etapa O:** Ocurre la multiplicación descontrolada de células malignas. Es la etapa más larga la cual puede durar hasta 30 años y se denomina “fase de inducción”.
- **Etapa IA:** Se caracteriza por la existencia de lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido donde se ha originado. Esta etapa se denomina fase “in situ”.
- **Etapa IIA:** Es cuando la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invaden tejidos u órganos adyacentes. Se denomina fase de “invasión local”. Puede durar entre 1 a 5 años.
- **Metástasis:** Ocurre cuando la enfermedad se disemina fuera de su lugar de origen apareciendo lesiones tumorales.
- **Etapa IV:** Es la “fase terminal” donde la enfermedad oncológica está avanzada, progresiva e irreversible. No responde a los tratamientos y se acompañan de múltiples síntomas que provocan malestar a la familia y al enfermo.

La identificación de la etapa en la que se encuentra la persona es fundamental para planear un tratamiento adecuado. La Sociedad Americana del Cáncer (2015) refiere que los tratamientos más comunes son: cirugías, radioterapia, quimioterapia y terapias complementarias y alternativas. Para la presente investigación se hace énfasis en el tratamiento de quimioterapia curativa, el cual según el grupo ONCOSUR, el tratamiento se utiliza normalmente en la fase de división de la célula tumoral impidiendo su multiplicación y



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

destruyéndola, con el fin de conseguir la disminución o desaparición del tumor maligno.

2.5 Quimioterapia Curativa

La quimioterapia para el cáncer según Parra (2008) es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas y, por lo general, la quimioterapia es recetada por Oncólogos (médicos con capacitación avanzada en el tratamiento contra el cáncer).

De acuerdo a López, Cruzado, y Feliú (2011) existe un conjunto de tratamientos destacados en la lucha contra el cáncer, la cirugía, la radioterapia, la hormonoterapia y la quimioterapia. Por sus múltiples aplicaciones, la quimioterapia es uno de los más importantes, pudiendo estar indicada en el tratamiento neo adyuvante, adyuvante o paliativo del cáncer. En nuestro país la reciben a diario miles de personas, de ahí que el desarrollo de los esquemas quimioterapéuticos esté en continua evolución y mejora, principalmente orientándose hacia el logro de una mayor especificidad (una respuesta terapéutica más eficiente mediante el ataque selectivo a las células cancerosas y una mayor conservación de las células normales).

Cabe destacar que la quimioterapia adyuvante o curativa según Ponce y Garrido, en su artículo “Tipos de Quimioterapia”, se administra generalmente después de un tratamiento principal como es la cirugía, para disminuir la incidencia de diseminación a distancia del cáncer. La identificación de una población de pacientes que son candidatos a tratamiento adyuvante se basa en los datos disponibles sobre su riesgo de recurrencia tras un tratamiento local solo. Actualmente, la quimioterapia adyuvante se considera el estándar de tratamiento para muchos tipos de tumores, incluyendo el cáncer de mama o el cáncer de colon en estadios precoces.

En concordancia con lo anterior, se evidencian semejanzas en cuanto a la quimioterapia, la cual se considera como un tratamiento beneficioso para el



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

individuo, puesto que el cáncer evoluciona de manera eficaz, mejorando el desempeño ocupacional. Sin embargo, Nasi (2017) expone que las quimioterapias clásicas afectan de manera indiscriminada las células que se están multiplicando, tales como las de la raíz del cabello y las de las mucosas (que revisten por dentro todo el sistema digestivo, desde la boca hasta el final de los intestinos: las de la médula ósea donde se produce la sangre). Los efectos secundarios a corto plazo de la quimioterapia clásica pueden incluir náuseas y vómitos, falta de apetito, pérdida del cabello y llagas en la boca. Además, afirma que, al afectar a las células de la médula ósea, disminuye la cantidad de las células de la sangre y aumenta el riesgo de infecciones por la escasez de glóbulos blancos. Hay más tendencia al sangrado o a los hematomas después de lesiones menores, por la disminución de plaquetas, puede aparecer anemia, cansancio, dificultad para respirar y palidez, por número bajo de glóbulos blancos.

3. Metodología

3.1 Sistema de Variables

3.1.1 Patrones Estables

Clasificación: Individual, nominal, cualitativa, constitutiva.

Definición Conceptual: González (2010) señala que los patrones de comportamiento son ciertas reacciones de la persona que se hacen muy frecuentes en determinados ambientes o situaciones. Por otro lado, los patrones estables se dividen en hábitos y roles, siendo los hábitos las tendencias adquiridas a responder y desempeñarse de ciertas maneras consistentemente, mientras que los roles corresponden a la incorporación de un estatus definido social o personalmente, y al grupo de actitudes y comportamientos relacionados (De las Heras, 2013).

Desde el punto de vista de la presente investigación, los patrones de desempeño estables se entienden como comportamientos de la personalidad y el conjunto de acciones que tienden a desplegarse ante un conjunto de situaciones vitales.

Definición Operacional: Se evalúa mediante el instrumento creado por las investigadoras “Cuestionario Habitacional”, a través de las preguntas 1 a 5, correspondiente al ítem I, pregunta A. Además de las preguntas 1 a 12 de la pregunta B, correspondiente al mismo ítem (ver anexo). Se entregan valores

mediante la modalidad de “sí” o “no” y con el criterio de encerrar en un círculo la alternativa correcta.

3.1.2 Negociación

Clasificación: Individual, nominal, cualitativa, constitutiva.

Definición Conceptual: Según Zapiola (2007) negociación es la actividad dialéctica en la cual las partes que representan intereses discrepantes se comunican e interactúan influenciándose recíprocamente, para lo cual utilizan tanto el poder como la disposición que pueda existir para aceptarlo con el objetivo de arribar a un acuerdo mutuamente aceptado que configura, desde entonces, un objetivo en cuyo logro las partes se comprometen. Por otra parte, para Noguera y Rodoreda (2016), negociar no es simplemente adoptar una postura, un modelo, una técnica y tratar de lograr el resultado deseado, porque seguramente no ocurre lo que buscamos. Va más allá de eso, es diagnosticar correctamente el conflicto, armar una estrategia en base a un análisis de fortalezas y debilidades, y comunicar en forma clara lo que se piensa. Es un proceso que requiere de inteligencia y entrenamiento.

Para la presente investigación, el proceso de negociación se comprende como la actividad que busca dar solución a ciertas problemáticas que se vivencian durante el proceso de quimioterapia curativa, las cuales pueden impactar en el proceso de habituación de las personas.

Definición Operacional: Se evalúa mediante el instrumento creado por las investigadoras “Cuestionario Habitacional”, a través de las preguntas 1 a 6, correspondiente al ítem I, pregunta C (ver anexo). Se entregan valores mediante la modalidad de “sí” o “no” y con el criterio de encerrar en un círculo la alternativa correcta.

3.1.3 Exploración

Clasificación: Individual, nominal, cualitativa, constitutiva.

Definición Conceptual: Según Madariaga (2004) la exploración es un periodo de descubrimiento, discriminación de valores, intereses y habilidades. La etapa de exploración es la primera y la más básica en el proceso de cambio y tiene como objetivo el investigar en un ambiente seguro y relajado los objetos, las actividades, las personas, las habilidades, valores e intereses personales. La exploración siempre es positiva para el individuo al estar enfocada en el proceso mismo y no en el resultado, además se considera como objetivo principal el descubrimiento y la curiosidad.

Definición Operacional: Se evalúa mediante el instrumento creado por las investigadoras “Cuestionario Habitacional”, a través de las preguntas 1 a 5, correspondiente al ítem I, pregunta C (ver anexo). Se entregan valores mediante la modalidad de respuesta “sí” o “no” y con el criterio de encerrar en un círculo la respuesta pertinente.

3.1.4 Aspectos Influyentes

Clasificación: Individual, nominal, cualitativa, constitutiva.

Definición Conceptual: Se entiende por aspectos influyentes a personas o situaciones que restringen y/o favorecen la participación ocupacional activa de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa.

Definición Operacional: Se evalúa mediante el instrumento creado por las investigadoras “Cuestionario Habitacional”, a través de las preguntas 1 a 14, correspondiente al ítem II, pregunta B (ver anexo). Se entregan valores mediante la modalidad de respuesta “favorecen” o “limitan” y con el criterio marcar con una “x” la alternativa en la casilla correspondiente.

3.2 Metodología Elegida

La presente investigación, corresponde a una investigación de tipo cuantitativa. Este paradigma utiliza “la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teoría” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 4).

3.3 Paradigmas y Perspectivas Filosóficas

3.3.1 Paradigma Positivista

El paradigma positivista, también llamado hipotético-deductivo, cuantitativo, empírico-analista o racionalista, surgió en el siglo XIX y tiene como fundamento filosófico el positivismo. Fue creado para estudiar los fenómenos en el campo de las ciencias naturales, pero después fue utilizado para investigar en el área de las ciencias sociales, sin tener en consideración las diferencias que existen entre ambas (González, 2003).

Se caracteriza por ser prediccionalista, ya que, se basa en plantear hipótesis para predecir un hecho y luego comprobarlas. Además, se basa en el racionalismo, otorgándole énfasis a la lógica formal al juzgar las demostraciones de las investigaciones. Por consiguiente, es el método por el cual se obtienen los conocimientos científicos, a través del experimento, apoyándose siempre de la estadística para así medir, cuantificar y medir un “todo” sin contar cada uno de los elementos que componen a ese “todo” (Quiroga, 2007).

3.3.2 Paradigma Social Crítico

El paradigma socio-crítico se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social. Utiliza la autorreflexión y el conocimiento interno y personalizado para que cada quien tome conciencia del rol que le corresponde dentro de un grupo, para ello se propone la crítica ideológica y la aplicación de procedimientos del psicoanálisis que posibilitan la comprensión de la situación de cada individuo, descubriendo sus intereses, a través de la crítica. El conocimiento se desarrolla mediante un proceso de construcción y reconstrucción sucesiva de la teoría y la práctica (Alvarado y García, 2008).

Por otra parte, se utiliza el paradigma social crítico para fundamentar el trabajo de Terapia Ocupacional en esta investigación, donde según Algado (2015), se trabaja desde este paradigma con la finalidad de crear una profesión relevante para la sociedad, basándose en la creencia de la dignidad humana y en la capacidad de mejorar la realidad actual.

Además, Algado define “Terapia Ocupacional” como el arte y la ciencia, al interpretar la filosofía humanista y holística con excelencia científica y la investigación de capacitar y empoderar a las personas (grupos y comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas que potencien tanto su independencia como interdependencia, aportando sentido a sus vidas.

3.3.3 Paradigma Social de la Ocupación

La investigación se enfoca desde este paradigma, dado que considera a la ocupación como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político,



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades (Morrison, 2011).

Dicho paradigma pertenece a Terapia Ocupacional, se realiza un análisis crítico desde las ciencias de la ocupación. Si bien la ocupación es entendida de diversas formas, para la profesión tiene por significado según mencionan Ávila, Martínez y Matilla (2008) “Actividades diarias que reflejan valores culturales, provee estructura de vida, y significado de los individuos, estas actividades se relacionan con las necesidades humanas autocuidado, disfrute y participación en la comunidad”.

Las actividades implementadas por Terapeutas Ocupacionales deben ir reflejadas hacia un interés significativo para las personas. De esta manera, se incrementa la motivación y se realiza el tratamiento de forma eficaz.

El paradigma surge desde el análisis reflexivo de diferentes prácticas de intervención, lo que permite observar la gestación de una (aparentemente) nueva dirección de los fines y propósitos de la profesión, dirigiendo especial preocupación por “cuestiones de índole social”. Es decir, personas que están sufriendo una serie de injusticias, producto de la desigualdad, la falta de oportunidades, los contextos hegemónicos mediatos, o producto de los factores de riesgo ocupacional que ha descrito Ann Wilcock, como deprivación, desequilibrio o enajenación. Estas problemáticas sociales son las que aborda aquella Terapia Ocupacional Social (Morrison, 2015).

3.4 Diseño de la Investigación

El alcance de estudio se caracteriza por tener un control de variables de tipo “no experimental”, puesto que no que existe manipulación de éstas. Además, es de tipo “descriptiva”, ya que la investigación a realizar tiene por objeto mostrar información respecto al impacto del proceso de habituación de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa. Por otro lado, es



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

“correlacional”, ya que la investigación tiene por objeto describir las relaciones entre dos o más variables, siendo estas; “patrones estables”, “aspectos influyentes”, “negociación” y “exploración”.

El estudio es “retrospectivo” ya que comienza posterior a los hechos estudiados, los datos se recogen de entrevistas sobre sucesos ya ocurridos, en este caso, sobre la exploración de patrones posterior al tratamiento de quimioterapia curativa. Y, por último, es un estudio “transversal”, ya que analiza datos de variables recopilados en un período de tiempo. No existe una secuencia en el tiempo para llevar a cabo la investigación.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1 Población y Muestra

Población: Se establece por mujeres mayores de 18 años, diagnosticadas por cáncer y que hayan pasado por tratamiento de quimioterapia curativa perteneciente a la región del Biobío.

Criterios de inclusión:

- Mujeres pertenecientes y que tengan residencia en la región del Biobío.
- Mujeres mayores de 18 años.
- Mujeres diagnosticadas con cáncer.
- Mujeres que hayan recibido tratamiento de quimioterapia curativa.
- Mujeres que lleven al menos 1 año posterior al tratamiento de quimioterapia curativa.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con daño cognitivo severo.
- Mujeres dependientes por una tercera persona.
- Mujeres menores de 18 años.

- Mujeres residentes externas de la región del Biobío.

Muestra: Grupo de 23 mujeres mayores de 18 años, residentes de la región del Biobío, pertenecientes a agrupaciones de: Círculo Mama Rosa, Alma Mía, además, ex pacientes del Hospital regional de Concepción y participantes voluntarias.

Muestreo: Este procedimiento es de tipo no probabilístico, ya que la muestra se selecciona a través de técnicas no aleatorias, por conveniencia o accidental. Las entrevistas se llevan a cabo en la región del Biobío, específicamente en lugares públicos, tales como; centro comercial, centro comunitario de rehabilitación, cafés, mercado municipal y bentotecas, además en sus domicilios.

3.5.2 Procedimientos e Instrumentos de Colecta de Datos

La recopilación de datos sobre las distintas variables a estudiar, se lleva a cabo mediante un autoinforme escrito, el cual es confeccionado por las investigadoras. El cuestionario contiene preguntas atingentes y pertinentes que puedan dar respuesta a la investigación.

Autoinforme: Se aplica un autoinforme escrito, es decir, un cuestionario compuesto por preguntas cerradas que cada persona debe responder de forma individual. A la vez, es auto aplicado, sin embargo, las investigadoras estarán a disposición ante cualquier duda. Cabe destacar que dicho cuestionario presenta la modalidad de “marque con una X” y “encierre en un círculo” las respuestas que considere pertinente.

La aplicación del autoinforme tiene una duración de 15 a 20 minutos, pero puede extenderse según el análisis de cada encuestada. Por consiguiente, el cuestionario abarca las etapas del proceso de habituación, siendo estas:



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

patrones estables, proceso de negociación, aspectos invalidantes y exploración.

La composición de las respuestas se otorga desde la “lista de cotejo”, la cual indica o no la presencia de un rasgo, aspecto, conducta o situación con la modalidad de respuesta “Si” o “No” y “Facilita” o “Limita”, lo anterior con preguntas cerradas y respuestas dicotómicas.

Además, se obtiene información desde el marco de trabajo de práctica para la Terapia Ocupacional (AOTA 2010), para la confección de preguntas y respuestas respecto a las áreas de ocupación. No obstante, se obtiene información de los instrumentos propios del Modelo de Ocupación Humana, tales como Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI II), Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) y Listado de Roles.

Si alguna participante no desea realizar el autoinforme, ésta no será obligada a responderlo. Para esto se les entrega un consentimiento informado donde se explicitan aspectos tales como los beneficios, riesgos, costos, compensaciones, confidencialidad y voluntariedad frente a la investigación.

Validación de Instrumentos: Respecto a la certificación del autoinforme, este es validado por tres profesionales de Terapia Ocupacional quienes entregaron correcciones y sugerencias para el proyecto de investigación. El proceso de validación fue por parte de los Terapeutas Ocupacionales: Oscar Quiroz Mancilla, Paula Peralta Ramírez y Camilo Vega Neira (ver anexo), esto se llevó a cabo mediante la entrega del proyecto de investigación de forma presencial y vía correo electrónico. Por consiguiente, en un plazo de dos semanas aproximadamente, los validadores realizan la entrega de las correcciones en conjunto con la retroalimentación. Luego, las investigadoras modifican las respectivas correcciones para un nuevo proceso de revisión. Finalmente, los validadores aprueban el proyecto de investigación, aportando sugerencias y firmando el documento.

Procedimiento:

- La búsqueda de mujeres se realizó mediante anuncios en redes sociales, lo cual permitió contactar a diferentes organizaciones tales como “Círculo Mama Rosa” y “Alma Mía”, que accedieron a participar de la investigación. Además, se interesaron personas de manera voluntaria que fueron ex pacientes del Hospital Regional Grant Benavente de la ciudad de Concepción.
- Posteriormente, se contactó de forma telefónica con cada una de las participantes, con el fin de coordinar la reunión para la entrevista.
- Luego, se aplicó el cuestionario de manera auto aplicada y en otros casos, aplicado por las propias investigadoras.

3.5.3 Técnica de Análisis de Datos

El análisis de resultados se obtiene a través de porcentajes y el promedio estadístico, se considera la frecuencia absoluta para determinar la cantidad de mujeres encuestadas. Además, se analizan los cambios en patrones estables (hábitos, rutinas y roles), identificándose los patrones mantenidos, perdidos e incorporados. Lo anterior se visualiza mediante Gráficos circulares.

4. Análisis y Discusión de Resultados

4.1 Análisis de Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos en la aplicación de la pauta “Cuestionario Habitacional”, en base a las respuestas de las 23 mujeres participantes de la investigación. Se mencionan, además, los principales resultados asociados a cada objetivo específico y posteriormente se realiza la discusión en base al marco teórico y empírico de la investigación.

Objetivo Específico N°1

En relación al objetivo específico N°1: *“Identificar los patrones estables previos al tratamiento de quimioterapia curativa de mujeres en la región del Biobío”*, se identifica que un 77,9% de las mujeres entrevistadas mantenían previo al tratamiento de quimioterapia curativa hábitos y rutinas estables (Figura 1). El mayor porcentaje en relación a los patrones estables (hábitos y rutinas), fue “Realizar actividades significativas dentro de su rutina” con un 87% (n=20) de respuesta, y “Realizar tareas rutinarias sin dificultades” con un 91% (n=20) de respuesta. Aun así, es importante destacar que un 22,1% de las mujeres, no mantiene hábitos y rutinas estables previo al tratamiento de quimioterapia curativa (Tabla 1).

En relación a los roles se identifica que el 100% de las mujeres participaba activamente en roles previo al tratamiento de quimioterapia curativa, logrando identificar con mayor frecuencia el rol de “Madre” con un 87% (n=20) y un 83% (n=19) el rol de “Amiga” (Tabla 2).

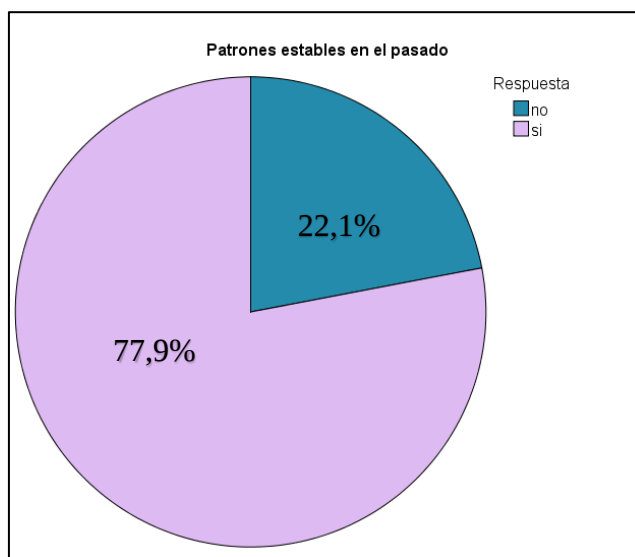


Figura 1: *Patrones estables (hábitos y rutinas) previos al tratamiento de quimioterapia curativa.*

Tabla 1: *Patrones estables (hábitos y rutinas) previos al tratamiento de quimioterapia curativa.*

Patrones Estables (Hábitos y rutinas)	%
Realizar tareas rutinarias sin dificultades	91% (n=20)
Realizar actividades significativas dentro de su rutina	87% (n=20)
Mantener una rutina organizada	78% (n=18)
Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio	74% (n=17)
Participar en actividades de interés	59% (n=13)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 2: *Patrones estables (roles) previos al tratamiento de quimioterapia curativa.*

Patrones Estables (Roles)	%
Madre	87% (n=20)
Amiga	83% (n=19)
Ama de casa	83% (n=19)
Hija	83% (n=19)
Pareja	78% (n=18)
Trabajadora	65% (n=15)
Proveedora de cuidados	57% (n=13)
Abuela	48% (n=11)
Participante de alguna organización (voluntariado, grupo religioso, etc.)	43% (n=10)
Estudiante	39% (n=9)
Aficionada (deportes, juegos de mesa, etc.)	22% (n=5)

Objetivo Específico N°2

En relación al objetivo específico N°2: *“Identificar la existencia de patrones estables actuales de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la Región del Biobío”*, se comprueba que un 77,2% de las mujeres entrevistadas mantienen patrones estables (hábitos y rutinas) en la actualidad, el mayor porcentaje que ellas describen es “Mantener una rutina organizada” con un 83% (n=19) y “Realizar actividades significativas dentro de su rutina” con un 96% (n=22) (Tabla 3).

En relación a los patrones estables (roles) que las mujeres encuestadas mantienen en la actualidad, se evidencia que el mayor porcentaje de ellos es el rol de “Madre” con un 91% (n=21) y el rol de “Ama de casa” con un 91% (n=21) (Tabla 4).

Tabla 3: *Patrones estables (hábitos y rutinas) posterior al tratamiento de quimioterapia curativa.*

Patrones Estables (Hábitos y rutinas)	%
Realizar actividades significativas dentro de su rutina	96% (n=22)
Mantener una rutina organizada	83% (n=19)
Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio	78% (n=18)
Realizar tareas rutinarias sin dificultades	77% (n=17)
Participar en actividades de interés	52% (n=12)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 4: *Patrones estables (roles) posterior al tratamiento de quimioterapia curativa.*

Patrones Estables (Roles)	%
Madre	91% (n=21)
Ama de casa	91% (n=21)
Amiga	83% (n=19)
Participante de alguna organización (voluntariado, grupo religioso, etc.)	65% (n=15)
Abuela	64% (n=14)
Pareja	61% (n=14)
Proveedora de cuidados	57% (n=13)
Hija	52% (n=12)
Trabajadora	45% (n=10)
Aficionada (deportes, juegos de mesa, etc.)	26% (n=6)
Estudiante	17% (n=4)

Objetivo Específico N°3

En relación al objetivo específico N°3: *“Identificar aspectos favorecedores en la reconstrucción de patrones de mujeres con tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío”*, se evidencia que un 65% de las mujeres encuestadas identifican aspectos favorecedores en la reconstrucción de patrones (Figura 2), las mujeres refieren que la “familia” y “amigos” son los aspectos que más apoyan en la reconstrucción de estos patrones, con un 91% (n=20) y 89% (n=16) respectivamente (Tabla 5).



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 5: Aspectos favorecedores en la reconstrucción de patrones estables.

Aspectos Favorecedores	%
Familia	91% (n=20)
Amigos	89% (n=16)
Motivación	86% (n=19)
Sociedad	84% (n=16)
Apariencia física (estética)	75% (n=15)
Pareja	71% (n=12)
Estado emocional	71% (n=15)
Asuntos médicos (controles, exámenes de rutina, etc.)	53% (n=10)
Infraestructura (uso de escaleras, lugares cerrados, etc.)	45% (n=9)
Aspectos socioeconómicos (licencias médicas, financiamiento del tratamiento, etc.)	44% (n=7)
Estado físico (salud)	33% (n=7)
Enfermedades crónicas (asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)	29% (n=4)
Clima (cambios de temperatura, ambientes fríos, etc.)	18% (n=4)

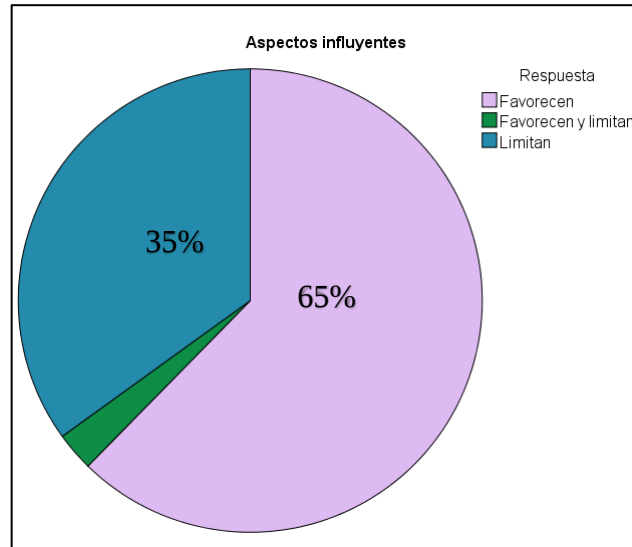


Figura 2: Aspectos favorecedores en la reconstrucción de patrones estables.

Objetivo Específico N°4

En relación al objetivo específico N°4: *“Identificar aspectos limitantes en la reconstrucción de patrones de mujeres con tratamiento de quimioterapia curativa de la región del Biobío”*, se evidencia que un 35% (figura 2) de las mujeres encuestadas identifican aspectos limitantes en la reconstrucción de patrones, dentro de los que destacan el clima con un 77% (n=17) y las enfermedades crónicas con un 64%(n=9), lo que se puede evidenciar en la Tabla 6.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 6: Aspectos limitantes en la reconstrucción de patrones estables.

Aspectos Limitantes	%
Clima (cambios de temperatura, ambientes fríos, etc.)	77% (n=17)
Enfermedades crónicas (asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)	64% (n=9)
Estado físico (salud)	57% (n=12)
Infraestructura (uso de escaleras, lugares cerrados, etc.)	50% (n=10)
Aspectos socioeconómicos (licencias médicas, financiamiento del tratamiento, etc.)	44% (n=7)
Asuntos médicos (controles, exámenes de rutina, etc.)	37% (n=7)
Pareja	29% (n=5)
Apariencia física (estética)	25% (n=5)
Estado emocional	19% (n=4)
Sociedad	16% (n=3)
Motivación	14% (n=3)
Amigos	11% (n=2)
Familia	5% (n=1)

Objetivo Específico N°5

En relación al objetivo específico N°5: *“Identificar la participación en áreas de la ocupación previo al tratamiento de quimioterapia curativa de mujeres en la región del Biobío”*. Se evidencia que las áreas de ocupación con mayor porcentaje de participación por las mujeres, previo al tratamiento de



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

quimioterapia son: “Actividades de la Vida Diaria Básicas” con un 96% (n=22), “Actividades de la Vida Diaria Instrumentales” con un 91% (n=21), “Descanso y Sueño” con un 91% (n=21) y “Trabajo” con un 70% (n=16) (Tabla 7).

Se obtiene que el 71, 25% de las mujeres participaban en áreas de la ocupación previo al tratamiento de quimioterapia curativa.

Tabla 7: *Participación previo al tratamiento de quimioterapia en Áreas de la Ocupación.*

Áreas de la Ocupación (Previas)	%
Actividades de la Vida Diaria Básicas	96% (n=22)
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	91% (n=21)
Descanso y Sueño	91% (n=21)
Trabajo	70% (n=16)
Participación Social	70% (n=16)
Ocio y Tiempo libre	61% (n=14)
Educación	52% (n=12)
Juego	39% (n=9)

Objetivo Específico N°6

En relación al objetivo específico N°6: *“Identificar la participación posterior al tratamiento de quimioterapia en las áreas de ocupación de mujeres de la región del Biobío”*. Se evidencia que las áreas de ocupación con un mayor porcentaje de participación en mujeres, posterior al tratamiento de quimioterapia son: “Actividades de la Vida Diaria Básicas” con un 91% (n=21),



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

“Actividades de la Vida Diaria Instrumentales” con un 91% (n=21), “Descanso y Sueño” con un 83% (n=19) y “Participación Social” con un 78% (n=18) (Tabla 8).

Sin embargo, posterior al tratamiento de quimioterapia, el 67,37% de las mujeres participan en las áreas de ocupación.

Tabla 8: *Participación actual en Áreas de la Ocupación.*

Áreas de la Ocupación (Actuales)	%
Actividades básicas de la vida diaria	91% (n=21)
Actividades instrumentales de la vida diaria	91% (n=21)
Descanso y Sueño	83% (n=19)
Participación Social	78% (n=18)
Ocio y Tiempo libre	70% (n=16)
Trabajo	52% (n=12)
Educación	39% (n=9)
Juego	35% (n=8)

Objetivo Específico N°7

En relación al objetivo específico N°7: “*Analizar la reconstrucción de patrones de habituación (negociación y exploración) posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío*”, el 69,5% de las mujeres entrevistadas son capaces de ajustarse a los contextos poco conocidos y cambiar su forma de responder y adecuarse a los eventos de vida (negociación) (Figura 3). Los aspectos de negociación que con mayor porcentaje se identifican son “Reconocer el impacto de las condiciones



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

médicas y las consecuencias en su desempeño” con un 78% (n=18) y “Considerar relevantes las actividades que realiza” con un 83% (n=19) (Tabla 9). Sin embargo, un 30.5% de las mujeres entrevistadas no logra identificar aspectos de negociación (Figura 3).

Por otro lado, se destaca que el 75,2% de las mujeres encuestadas es capaz de buscar nuevas formas de organización y estilos de comportamiento (exploración) (Figura 4), siendo los aspectos mayormente identificados por las mujeres: “Reconocer sus capacidades y debilidades” con un 96% (n=22) e “Identificar lo que es importante para su vida” con un 96% (n=22) (Tabla 10). Al contrario, el 24,8% no identifica acciones y/o estrategias de exploración (Figura 4).

Tabla 9: *Reconstrucción de patrones de habituación (Negociación).*

Negociación	%
Considerar relevantes las actividades que realiza	83% (n = 19)
Reconocer el impacto de las condiciones médicas y las consecuencias en su desempeño	78% (n = 18)
Sentir que es fácil adaptarse al cambio de actividades en situaciones adversas	78% (n = 18)
Ajustarse a contextos poco familiares	65% (n = 15)
Sentirse eficiente en actividades diarias	65% (n = 15)
Necesidad de apoyo de terceros para adaptarse a los cambios	48% (n = 11)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 10: *Reconstrucción de patrones de habituación (Exploración).*

Exploración	%
Identificar lo que es importante para su vida	96% (n = 22)
Reconocer sus capacidades y debilidades	96% (n = 22)
Tener metas y proyectos personales	70% (n = 16)
Sentir que es fácil la búsqueda de las actividades relacionadas a la respuesta anterior	63% (n = 10)
Buscar nuevas actividades para realizar	52% (n = 12)

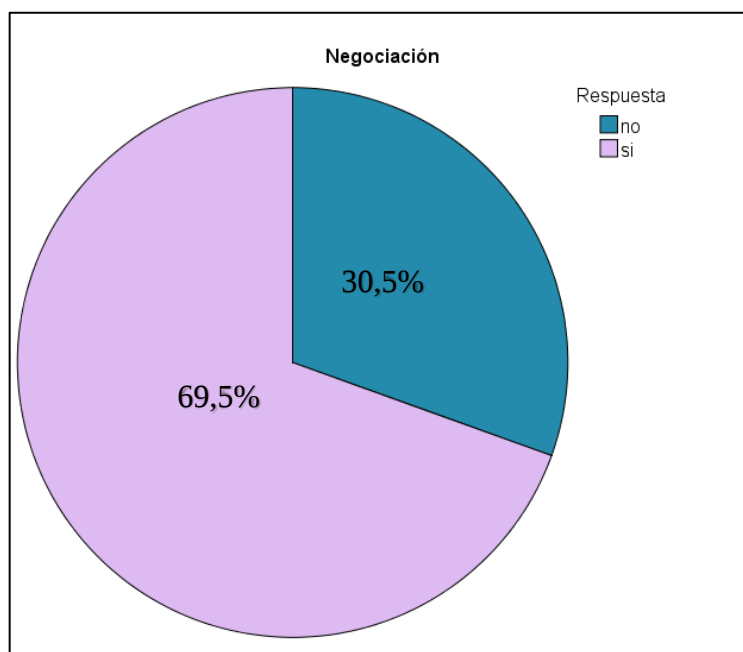


Figura 3: *Reconstrucción de patrones de habituación (Negociación).*

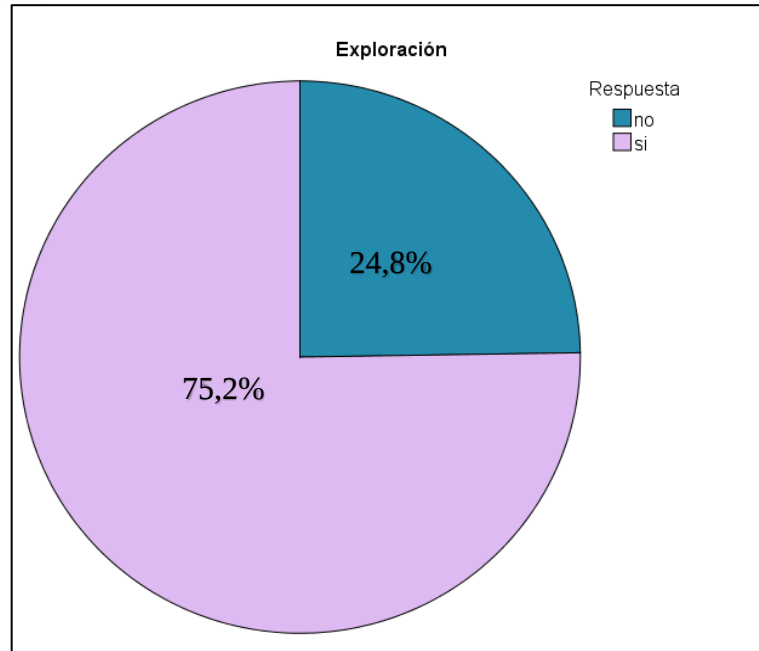


Figura 4: *Reconstrucción de patrones de habituación (Exploración).*

Objetivo Específico N°8:

En relación al objetivo específico N°8: *“Demostrar el impacto del tratamiento de quimioterapia curativa en la búsqueda de nuevas actividades y patrones de desempeño en mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío”*, se establece que existe un impacto significativo por parte del tratamiento de quimioterapia curativa en la búsqueda de nuevas actividades y patrones. Esto se evidencia ya que en dicha búsqueda se mantienen, incorporan y/o pierden patrones estables y la participación en áreas de la ocupación.

De acuerdo a lo anterior, los mayores porcentajes evidenciados en cuanto patrones estables (hábitos y rutinas) mantenidos posteriores al tratamiento de quimioterapia curativa son “Realizar actividades significativas dentro de su rutina” con un 82,6% (n=19) y “Realizar tareas rutinarias sin dificultades” con un 73,9% (n=17) (Tabla 11). En relación a los incorporados posterior al



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

tratamiento, el mayor porcentaje de ellos es “Participar en actividades de interés” con un 21,7% (n=5) y “Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio” con un 17,4% (n=4) (Tabla 12). Por último, en cuanto a los patrones estables perdidos posteriores al tratamiento de quimioterapia se identifican: “Participar en actividades de interés” con un 30,4% (n=7) y “Realizar tareas rutinarias sin dificultades” con un 21,7% (n=5) (Tabla 13).

Tabla 11: *Patrones estables (Hábitos y rutinas) mantenidos.*

(Hábitos y rutinas)	%
Realizar actividades significativas dentro de su rutina	82,6% (n=19)
Realizar tareas rutinarias sin dificultades	73,9% (n=17)
Mantener una rutina organizada	69,6% (n=16)
Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio	69,6% (n=16)
Participar en actividades de interés	47,8% (n=11)

Tabla 12: *Patrones estables Incorporados.*

(Hábitos y rutinas)	%
Participar en actividades de interés	21,7% (n=5)
Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio	17,4% (n=4)
Mantener una rutina organizada	17,4% (n=4)
Realizar actividades significativas dentro de su rutina	13% (n=3)
Realizar tareas rutinarias sin dificultades	4,3% (n=1)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 13: *Patrones estables perdidos.*

(Hábitos y rutinas)	%
Participar en actividades de interés	30,4% (n=7)
Realizar tareas rutinarias sin dificultades	21,7% (n=5)
Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio	13% (n=3)
Mantener una rutina organizada	13% (n=3)
Realizar actividades significativas dentro de su rutina	4,3% (n=1)

Por otro lado, a partir de los resultados evidenciados en patrones estables (roles), se establece que se mantienen con un mayor porcentaje los siguientes roles: “Madre” con un 95,7% (n=22) y “Amiga” con un 91,3% (n=21) (Tabla 14). A su vez, se evidencia que los mayores porcentajes en cuanto a roles incorporados posterior al tratamiento son: “Proveedor de cuidado” con un 21,7% (n=5) y “Participante de una organización” con un 21,7% (n=21,7%) (Tabla 15). Por último, los roles perdidos en mayor porcentaje son: “Trabajadora” con un 34,7% (n=8) y el rol de “Hija” con un 30,4% (n=7) (Tabla 16).



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 14: *Roles Mantenidos.*

Roles	%
Madre	95,7% (n=22)
Amiga	91,3% (n=21)
Ama de casa	91,3% (n=21)
Aficionada	87,0% (n=20)
Abuela	82,6% (n=19)
Participante de alguna organización	78,3% (n=18)
Pareja	73,9 (n=17)
Estudiante	69,6% (n=16)
Hija	69,6% (n=16)
Proveedor de cuidados	56,5% (n=13)
Trabajadora	52,2% (n=12)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 15: *Roles Incorporados.*

Roles	%
Proveedor de cuidados	21,7% (n=5)
Participante de una organización	21,7% (n=5)
Abuela	13% (n=3)
Trabajadora	13% (n=3)
Aficionada	8,7% (n=2)
Ama de casa	8,7 (n=2)
Estudiante	4,3% (n=1)
Pareja	4,3% (n=1)
Amiga	4,3% (n=1)
Madre	4,3% (n=1)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 16: *Roles Perdidos.*

Roles	%
Trabajadora	34,7% (n=8)
Hija	30,4% (n=7)
Estudiante	26,1 (n=6)
Pareja	21,7% (n=5)
Abuela	4,3% (n=1)
Amiga	4,3% (n=1)
Aficionada	4,3% (n=1)

De acuerdo a la participación en áreas de la ocupación de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa, se establece lo siguiente: las áreas mantenidas donde existe un mayor porcentaje de participación son “Actividades de la vida diaria básicas” con un 91,3% (n=21), “Actividades de la vida diaria instrumentales” con un 91,3% (n=21) y “Descanso y sueño” con un 73,9% (n=17) (Tabla 17). A su vez, se establece que la participación en las áreas de ocupación incorporadas en mayor porcentaje es “Ocio y tiempo libre” con un 26,1% (n=6) y “Participación Social” con un 21,7% (n=5)(Tabla 18). Finalmente, acerca de la participación en áreas de ocupación que se pierden posterior al tratamiento de quimioterapia, los mayores porcentajes se relacionan con “Trabajo” con un 34,8% (n=8) y “Educación” con un 30,4% (n=7) (Tabla 19).



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 17: Áreas de la Ocupación mantenidas.

Áreas de la Ocupación Mantenidas	%
Actividades de la Vida Diaria Básicas	91,3% (n=21)
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	91,3% (n=21)
Descanso y Sueño	73,9% (n=17)
Juego	69,6% (n=16)
Participación Social	65,2% (n=15)
Ocio y Tiempo libre	56,5% (n=13)
Educación	52,2% (n=12)
Trabajo	47,8% (n=11)

Tabla 18: Áreas de la Ocupación incorporadas.

Áreas de la Ocupación Incorporadas	%
Ocio y Tiempo libre	26,1% (n=6)
Participación Social	21,7% (n=5)
Educación	17,4% (n=4)
Trabajo	17,4% (n=4)
Juego	13% (n=3)
Descanso y Sueño	8,7% (n=2)
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	4,3% (n=1)
Actividades de la Vida Diaria Básicas	0% (n=0)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Tabla 19: *Áreas de la Ocupación perdidas.*

Áreas de la Ocupación Perdidas	%
Trabajo	34,8% (n=8)
Educación	30,4% (n=7)
Descanso y Sueño	17,4% (n=4)
Ocio y Tiempo libre	17,4% (n=4)
Juego	17,4% (n=4)
Participación Social	13% (n=3)
Actividades de la Vida Diaria Básicas	8,7% (n=2)
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	4,3% (n=1)

4.2 Discusiones

Patrones Estables “Hábitos”

Desde la información obtenida, se destaca que las 23 mujeres encuestadas mantienen patrones estables del desempeño en la actualidad. Existe un aumento en la “Realización de actividades significativas” (87% a un 96%) que desempeñan en su rutina y una pérdida de la “Participación de actividades de interés” (59% a 52%). El Modelo de Ocupación Humana, explica que las discapacidades pueden invalidar hábitos establecidos y requerir que uno desarrolle hábitos nuevos para varias actividades de la vida cotidiana (Kielhofner, 2004). Es posible que sean necesarios hábitos nuevos para adaptarse al problema o controlarlo. Es decir, que la quimioterapia impacta en el mantenimiento de los hábitos, además, involucra un aumento de estos ya que existe una resignificación de la experiencia del cáncer, en donde las prioridades ya no son las mismas que antes de enfermar.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Otro dato considerado importante es que un 21,7% de las mujeres pierde el hábito de “Realizar tareas rutinarias sin dificultad”, esto se asocia a que las mujeres se encuentran con efectos secundarios de la quimioterapia, los cuales pueden aumentar el grado de dificultad para realizar alguna actividad y, por ende, repercutir en su independencia. Según el Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer, elaborado por el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) en el año 2012, el 64% de las personas que han superado esta enfermedad experimenta pérdida de energía y cansancio por lo que requiere asistencia de otros. Otro dato que puede sostener esta cifra es la frecuencia que los cuidadores y sus cuidados excesivos refuerzan las dificultades del paciente para retomar su vida post quimioterapia, lo que dará lugar a actitudes de dependencia (GEPAC, 2012).

Desde los resultados, otro dato que llama la atención es la incorporación de un 17,4% del hábito “Mantener un estilo de vida ocupacional satisfactorio” posterior a la quimioterapia, el cual se comprende desde la necesidad de participar en actividades que le generen disfrute y goce dentro de su rutina diaria, existiendo estudios del Grupo Español de pacientes con cáncer mencionando previamente que, tras la etapa de tratamientos, empieza una nueva etapa en donde el verse y sentirse bien cobra mayor importancia en la persona.

Patrones Estables “Roles”

En relación a la participación en roles, se logran destacar en mayor medida los roles de “Madre” y “Amiga”, pero hay que considerar que las mujeres logran destacar la totalidad de los roles encuestados. Es decir, la continuidad de los roles ocupacionales en mujeres previo al tratamiento de quimioterapia curativa, es igual a la frecuencia en el periodo posterior a la quimioterapia.

Se estima relevante mencionar que existe un rol incorporado posterior a la quimioterapia correspondiente al de “Participante de alguna organización” en un 21,7%, ya que, la gran mayoría de las entrevistadas se involucraron en



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

grupos de autoayuda y de supervivientes del cáncer posterior al diagnóstico y tratamiento de quimioterapia. Lo anterior ocurre ya que las mujeres se unen a grupos de apoyo para estar con otras personas que han tenido experiencias semejantes al cáncer. Algunas investigaciones muestran que al unirse a un grupo de apoyo mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia (National Cancer Institute). El Grupo Español de personas con cáncer, refiere que nadie mejor que un superviviente comprende los sentimientos y temores que influyen en los aspectos de la vida; las dificultades en la vuelta al trabajo, el cambio de valores tras la experiencia vivida o el impulso de hacer cosas que antes no se habrían planteado. Y es aquí (asociaciones de pacientes), donde la atención médica no llega, por lo que la compañía al paciente desde la empatía y el entendimiento de esos sentimientos resultan primordiales gracias a la experiencia de haber recorrido un camino similar.

Además, se obtiene que el rol perdido mayor identificado por las mujeres corresponde al de “Trabajadora” con un 34%, esto se puede dar ya que, al regresar a sus antiguos trabajos, algunos supervivientes son tratados injustamente y las empresas y los empleados pueden tener dudas acerca de la capacidad del superviviente de cáncer para trabajar. La situación laboral de cada superviviente es diferente. Muchas personas con cáncer dejan de trabajar y luego lo retoman, mientras que muchas otras personas no dejan de trabajar durante el tratamiento. Aun así, pueden no estar capacitadas para trabajar debido a los efectos a largo plazo, pero, aspectos tales como la situación económica pueden presionar esta decisión. Sus decisiones respecto al trabajo probablemente dependerán de sus recursos financieros, su seguro médico, el tipo de trabajo que hace y la naturaleza de su recuperación (American Society of Clinical Oncology, 2017).

Según la American Society of Clinical Oncology (2017) en el caso de muchas personas, regresar a un cronograma de trabajo a tiempo completo es un signo “normal” tanto para ellos como para el mundo. Trabajar puede dar la



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

oportunidad de volver a conectarse con colegas y amigos, enfocarse en otra cosa aparte del cáncer, participar en proyectos interesantes y desafiantes y retomar una rutina y estilo de vida regulares. Además, al término del tratamiento, se involucran nuevos rituales y nuevos comienzos, siendo un periodo de cambios tanto físicos, emocionales como laborales.

Es así como el rol de trabajador juega un papel importante en la sociedad, por sobre todo en la etapa adulta y productiva, donde el dejar de trabajar trae consecuencias a la persona y a toda la familia, aumentando el grado de presión y preocupación frente a ello. Es así como Fernández en su tema de reflexión “El impacto de la enfermedad en la familia”, explica que las personas entran en situaciones de desgaste económico que cada vez puede ser mayor, presentando dificultades para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad lo que provoca en algunos casos el abandono del tratamiento (2004).

Áreas de la Ocupación

La ocupación es un proceso dinámico, a través del cual las personas mantienen la organización de sus cuerpos y mentes. La participación en el trabajo, el juego y las actividades de la vida diaria sirven para organizar el ser, es decir, las personas construyen quienes son mediante lo que hacen (Kielhofner, 2006).

De acuerdo a la participación previa de las mujeres en ocupaciones, se desprende que los mayores porcentajes de participación fueron en “Actividades de la vida diaria básicas” con un 96% y en “Actividades de la Vida Diaria Instrumentales” con un 91%, mientras que los porcentajes menores de participación se obtuvieron en las áreas de “Educación” con un 52% y “Juego” con un 39%. Por el contrario, respecto a la participación en ocupaciones posterior al tratamiento de quimioterapia, se establece que los mayores porcentajes de participación se generaron en “Actividades básicas de la vida diaria” con un 91% y en “Actividades de la vida diaria instrumentales” con un



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

91%, mientras que los menores porcentajes de participación fueron en el área de “Educación” con un 39% y en el área del “Juego” con un 35%.

Por tanto, respecto a la participación en áreas de ocupación, se establecen cambios significativos posterior al tratamiento de quimioterapia curativa, manifestando una disminución de la participación de ciertas áreas de la ocupación destacándose principalmente, Actividades básicas de la vida diaria con un 91%, Actividades instrumentales de la vida diaria con un 91%, Descanso y Sueño con un 83%, Participación social con un 78%, Ocio y tiempo libre con un 70%, Trabajo con un 52% y Educación con un 39%. Lo anterior, ya que, según refiere la Organización Panamericana del Cáncer, (2016) “Algunos medicamentos de quimioterapia causan efectos secundarios de largo plazo, como cardiopatías o daños a nervios, así como problemas de fertilidad”. “No obstante, muchas personas no tienen problemas de largo plazo causados por la quimioterapia”. Debido a esto, es que surgen efectos secundarios posterior a la quimioterapia curativa, según refiere Organización Panamericana del Cáncer, (2016) se encuentran el “cansancio”, “caída de pelo”, “anemia”, “náuseas y vómitos”, “diarrea” “cambios en el peso” entre otros.

Por otro lado, es importante mencionar que se evidencia cambio en el tipo de área de ocupación, pero si en los porcentajes de participación posterior al tratamiento de quimioterapia curativa, ya que, según refieren Gómez, Sánchez y Enríquez, (2011) “La mujer sometida a tratamiento con quimioterapia tiene cambios en su psiquismo y sus relaciones interpersonales”. Por lo tanto, se ve alterada la participación en ocupaciones posterior al tratamiento de quimioterapia curativa.

Por último, es relevante destacar el cambio que se genera respecto a la participación de las mujeres en el área de trabajo posterior al tratamiento de quimioterapia curativa, ya que, si bien previo al tratamiento un 70% de ellas participaba de forma activa en el área de trabajo en la actualidad ese



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

porcentaje disminuyó a un 52%. Según una investigación realizada, lo anterior puede deberse a los efectos secundarios como consecuencia del tratamiento de quimioterapia, la disparidad entre las medidas de apoyo en el trabajo y beneficios de la empresa, para la continuidad en el rol de trabajador en el presente (Varillas, 2016).

Según Varillas, (2016) “El trabajo es considerado como la ocupación que establece estatus significativo para la sociedad y para sí mismo por razones financieras, emocionales y psicosociales como el deseo de sentirse productiva, y por cuestiones de realización personal; ante la pérdida de la participación en ese rol, su impacto no es solo a nivel socioeconómico, sino también emocionales y psicosociales”.

En la investigación de Varillas, (2016) reflexiona que: “Según Molina y Feliu, la rehabilitación laboral es un aspecto a considerar desde las etapas iniciales de la enfermedad debido a la importancia psicosocial para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer, para ello, se requiere de un trabajo multidisciplinario para mejorar el funcionamiento y maximizar la independencia de la población afectada, considerando que la terapia ocupacional junto con el tratamiento específico del tumor, posibilitará y mejorará la reinserción laboral”. Por lo que justifica la importancia que tiene incorporar la Terapia Ocupacional en el ámbito oncológico.

Es por esto que se evidencian repercusiones en la vida de las mujeres que padecieron cáncer, ya que, previo al tratamiento de quimioterapia curativa estas ocupaciones se determinan con un aumento de dichos porcentajes.

Aspectos Limitantes y Favorecedores

Un 65% de las mujeres entrevistadas identifican aspectos favorecedores en la reconstrucción de patrones, entre los que se destacan la “Familia” (91%) y los “Amigos” (89%); algunos supervivientes dicen que no habrían podido salir



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

adelante sin sus familiares y la ayuda que les brindaron. Y, aunque el tratamiento haya terminado, aún reciben mucho apoyo.

Lo anterior lleva a la reflexión acerca de la importancia de la familia y a los amigos, ya que son pilares básicos para el bienestar del paciente, y así poder mejorar su autoestima y la confianza en sí mismo (Muñoz y Urquiza, 2014). Los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo del cáncer; contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio, se consideran aspectos fundamentales para el tratamiento eficaz del cáncer. La mayoría de los equipos de oncología reconocen este hecho y tratan de incluir a los familiares que prestan su asistencia en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y su ejecución (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

Con respecto a lo anterior, se puede mencionar la importancia del ambiente social en las personas y su constante influencia, sobre todo la familia, que en la mayoría de los casos es el ambiente más cercano. El ambiente otorga protección, apoyo emocional entre otros beneficios, por lo que es de suma importancia incorporarlo en la rehabilitación de la mujer con cáncer.

Acerca de los resultados de la investigación, un 35% de las mujeres entrevistadas identifican aspectos limitantes, considerando el estado físico (57%), la enfermedad crónica (64%) y el clima (77%) como las principales variables que restringen la participación ocupacional.

En relación al clima, es importante mencionar que no es bueno exponerse al sol durante el tratamiento contra el cáncer, “esto no quiere decir que no haya que estar al aire libre y pasear”, aclara la Dra. Cerda (2015), al tiempo que recuerda la necesidad de recurrir a la protección solar. La “Asociación Española contra el cáncer” plantea que el sol puede potenciar los efectos de la quimioterapia sobre la piel (foto sensibilidad), por lo que es importante evitar exponerse directamente al mismo. La información anterior expone la



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

influencia del clima, específicamente el sol, ya que limita y perjudica los efectos de la quimioterapia, por lo que pueden ser meses en que la mujer en tratamiento deba evitar lugares que presenten esas características, influyendo directamente en su participación con otros.

En relación al estado físico de las mujeres, este varía en función del tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento y de los hábitos que tuvieran antes del diagnóstico. Si ha terminado la terapia recientemente, las personas se sentirán cansadas y sin fuerzas. Además, si no estaban en forma antes del diagnóstico, es probable que tampoco van a estarlo al terminar el tratamiento. En estos casos les costará más comenzar con la actividad física y mantenerla como un hábito de su vida cotidiana (GEPAC, 2012).

En relación a la enfermedad crónica, la posibilidad de desarrollar una nueva enfermedad oncológica es, en general, mayor en las personas que han tenido cáncer, y esto provoca que muchos supervivientes den una especial importancia al autocuidado, con el fin de evitar otros factores de riesgo que aumenten esta probabilidad según GEPAC; puede ser considerado como un factor limitante por las entrevistadas.

Después de finalizar el tratamiento la mujer aún se da cuenta que todavía está tratando de superar los efectos del tratamiento en su cuerpo, por ende, puede llevar tiempo a superar estos efectos. La mujer se vuelve más consciente en su rutina de las visitas médicas de seguimiento, los síntomas parecidos a los que tuvo antes, la enfermedad de un familiar o el aniversario de la fecha del diagnóstico pueden preocuparle.

Proceso de Habitación “Negociación”

Desde la negociación se obtiene que un 83% de las mujeres considera relevante las actividades que realiza, un 78% reconoce un impacto de las condiciones médicas y las consecuencias en su desempeño; y siente que es fácil adaptarse al cambio en situaciones adversas.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Que las mujeres logran reconocer el impacto médico en su persona y en su desempeño, esto se demuestra porque gran parte procura mantener hábitos especialmente saludables, como una alimentación equilibrada o el ejercicio físico. Además, la mayor parte de nuestro desempeño de las formas ocupacionales, incluye cosas que forman parte de nuestra rutina diaria, la habituación la cual fue impactada por el proceso de quimioterapia influye de forma significativa en el desempeño de la mujer, influyendo en el modo en que realiza las formas ocupaciones que constituyen su vida cotidiana.

La mujer, posterior al tratamiento de quimioterapia vuelve a evaluar viejos patrones y prioridades. Algunos supervivientes consideran su experiencia del cáncer como una “llamada de atención” y comienzan a hacerse preguntas tales como: ¿Es satisfactoria mi función en mi familia o como amigo? ¿Me hace feliz mi trabajo o simplemente estoy haciendo lo que otras personas esperan que haga? ¿Cuáles son las cosas más importantes en mi vida ahora? Es posible que algunos supervivientes reexaminen puntos de vista o creencias mantenidas por mucho tiempo a medida que intentan encontrarle un sentido a su experiencia y encuentran un nuevo significado para la vida (American Society of Clinical Oncology, 2017). Lo anterior explica el porqué de posterior a la vivencia de una experiencia como el cáncer y su tratamiento, la persona luego de estar meses sin actividad aprecia el estar sana, el poder hacer sus actividades, por lo que la quimioterapia impacta en el significado y relevancia de las actividades que realiza.

Según GEPAC, el temor al dolor y la muerte hace valorar la vida de otra forma y tal vez la persona se plantee nuevos retos personales. Con la cercanía al fallecimiento, percibida tanto por los pacientes como por sus allegados, las cosas se ven desde otro ángulo. La nueva perspectiva va ligada a la relativización de los problemas y al aprovechamiento de las posibilidades que ofrece la vida. La sensación de una segunda oportunidad puede generar muchas ansias de vivir de forma intensa y participar activamente en la vida



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

social. La mayor parte de las personas posterior al tratamiento tienen una mayor apreciación por la vida y la salud.

Proceso de Habitación “Exploración”

Desde la exploración, un 96% de las mujeres identifica lo que es importante para su vida y reconoce sus capacidades y debilidades. De hecho, muchos descubren que el cáncer hace que vean la vida de una forma nueva. Ellas pueden reflexionar sobre la espiritualidad, el objetivo de la vida y lo que valoran más.

Con la remisión empieza una nueva etapa en la que juega especial importancia la vuelta a la normalidad (GEPAC, 2012). Es el momento de incorporarse progresivamente a la vida cotidiana y reanudar hábitos que se habían tenido abandonados, e incluso iniciar algunos nuevos. El cambio de rutina que se produce tras la remisión, obliga a la mujer a asumir ciertos aspectos del cuidado de su salud que antes estaban, en gran parte, en manos del personal sanitario, hay que reconocer que los cambios corporales (caída del cabello, manchas en la piel, cicatrices...) pueden haber afectado su autoestima y, por tanto, causarle inseguridad a la hora de explorar en ocupaciones o de relacionarse con otras personas. La persona logra apreciar más lo que tiene, redirigiendo su rumbo a aspectos que le gratifiquen o, incluso, que desarrollen un mayor interés por su espiritualidad.

Finalmente se puede deducir que las variables sufren cambios posteriores al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío. La quimioterapia obliga al paciente a interrumpir cíclicamente su actividad cotidiana, esta interrupción repercute en todos los ámbitos de la vida personal y social del enfermo (Moro et al, 2010). Durante el tiempo en el que la mujer está en tratamiento, su deseo más anhelado es curarse, sentirse bien y volver a la normalidad. A la vez, desea retomar su vida tal cual a como era previo al diagnóstico de cáncer y posterior al tratamiento de quimioterapia curativa. A medida que ocurren cambios internos y que los medios ambientes en los



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

cuales están insertas cambian, las mujeres se enfrentan a tareas fundamentales, estas son volver a reconstruir sus hábitos y roles. La mujer negocia y explora de una diferente manera a como lo habría hecho sin pasar por el proceso de cáncer y su tratamiento. Algunas mantienen patrones estables, otras incorporan nuevas actividades y roles en su rutina; evidenciando así el impacto de la quimioterapia en el proceso de habituación.

5. Conclusiones

El nuevo concepto de persona en situación de discapacidad hace referencia a una persona que tiene una o más deficiencias de carácter temporal o permanente que, al momento de interactuar con el entorno se encuentra con diversas barreras que impiden su participación plena e igualdad de condiciones. Relacionándolo con el cáncer como enfermedad, este repercute en las dimensiones de la persona, pero no impacta en su participación. En cambio, el proceso de quimioterapia implica cambios físicos y emocionales que pueden ser transitorios o permanentes, que influyen y restringen la participación de la mujer. Las barreras a las que se enfrenta la persona con quimioterapia van desde las sociales, considerando los prejuicios y estigmas asociados a la palabra cáncer y a la imagen del paciente oncológico. Dentro de las barreras ambientales se encuentra un lugar físico no accesible, que repercute a las personas que tienen discapacidad física o dificultades, tal como el cansancio y fatiga. Además, hábitos sociales como por ejemplo el humo del cigarro, que es perjudicial para el superviviente y para la persona que pasa por quimioterapia, en muchos casos impidiendo su libre participación. Hay que considerar que como efecto secundario en la persona bajan sus defensas, por lo que tiene que tener cuidado con los cambios de temperatura, relacionarse con personas enfermas o sus propias mascotas para evitar cualquier infección, estos cuidados que tiene que tener el paciente alteran las habilidades, su desempeño y su participación en la sociedad.

Quienes han pasado por el tratamiento del cáncer describen los primeros meses como un periodo de cambio. No se trata tanto de “volver a la



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

normalidad”, sino más bien de saber qué es lo normal ahora. Según algunos estudios, como la organización del cáncer, refiere que las personas dicen a menudo que la vida tiene un significado nuevo o que ahora ven las cosas de un modo diferente. Los supervivientes a menudo expresan la necesidad de entender qué significa ahora para sus vidas haber tenido cáncer. Para algunos, el significado de su enfermedad se vuelve claro sólo después de haber estado viviendo con cáncer durante mucho tiempo; para otros, el significado cambia con el tiempo. Durante el período de quimioterapia, la mujer anhela volver a su cotidianidad, a realizar sus hábitos y rutinas que realizaba antes del diagnóstico, pero a la vez se cuestiona si realmente eran significativos e importantes para ella, o le encuentra un nuevo significado a las actividades que realizaba, es por ello, que cuando la mujer vuelve a realizar sus ocupaciones explora desde nuevos intereses y habilidades, realizando y aumentando su participación en actividades significativas. La persona además para adaptarse ante situaciones adversas requiere en algunos casos incorporar o mejorar hábitos, por ejemplo, para combatir la fatiga, que es efecto secundario de la quimioterapia, algunos duermen siesta o extienden su horario de sueño.

Luego de una experiencia como el cáncer y su tratamiento, al haber tantas secuelas físicas y emocionales, las personas reconocen las limitaciones que implica la enfermedad, por lo que son más conscientes de los hábitos que mejoran su calidad de vida y cuáles son nocivos para su salud. El vivir una situación tan difícil como el cáncer, involucra un cambio en la percepción de la vida de las mujeres, por lo que les será más fácil adaptarse a nuevas adversidades o llevarlas de mejor forma, porque ya tienen la experiencia y las estrategias para salir adelante.

Las mujeres luego de pasar por una circunstancia como el cáncer y proceso de quimioterapia, deben reorganizar su autopercepción, sus capacidades, la forma en la que logran satisfacción y significado en la vida. Cuando cambian



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

los roles, existe cambios en el estilo de vida, en respuesta a su circunstancia progresan, a través de los niveles de función, en relación al hacer y llegar a ser. La mujer posterior a la quimioterapia, tienen consciencia de lo que es importante para su vida, además reconocen sus habilidades y debilidades. Esto quiere decir, que luego de la invalidación las mujeres exploran, intentan cosas nuevas, aprendiendo a hacer nuevas formas ocupacionales, haciendo cambios en sus roles, asignándoles un significado a su hacer. Algunas mujeres se encontrarían en una etapa de competencia, etapa en la que las formas descubiertas, a través de la exploración se consolidan, se ajustan a las demandas, desarrollan nuevas habilidades, mejorando las antiguas. Otras se encuentran en etapa de logro porque participan plenamente de sus ocupaciones, es decir, ya cuenta con suficientes habilidades y hábitos. Se recomienda investigar desde el hacer y llegar hacer, por la evidencia de un cambio en la vida de la mujer para investigar cómo es el proceso y a la vez cómo las mujeres llegan a la etapa de logro.

Es tan potente el impacto de la quimioterapia en la vida de la mujer, que ésta tiene que reconstruir una nueva identidad, adaptándose a nuevas demandas físicas y ambientales desde la participación en sus ocupaciones. Surge la pregunta ¿Quién soy yo?, luego de modificarse aspectos como el propio sentido de capacidad y eficacia, los valores, intereses, desde la vivencia de un cuerpo enfermo. Es por ello, que las cosas que uno encuentra interesante y satisfactorio hacer, definido por nuevos roles y relaciones, el sentido de la vida y de las rutinas familiares, entre otros componentes, reafirman un cambio en la persona, quien posterior al tratamiento de quimioterapia desarrolla una nueva identidad. La identidad es integrada por la volición, habituación y experiencia de un cuerpo vivido, en este estudio visualizamos el cambio que existe en el proceso de habituación, por lo que consideramos de suma relevancia investigar de forma cualitativa, para obtener más información de cómo es este cambio para la mujer, además,



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

investigar sobre aspectos como el impacto en la volición de la mujer con cáncer, desde la experiencia del cuerpo vivido.

Es relevante la intervención desde Terapia Ocupacional en el área oncológica, estableciendo prácticas centradas en la participación, en el desarrollo y ejecución de ocupaciones significativas de la persona que no sean limitadas por una condición de salud como es el cáncer. Además, de ser un ente facilitador en el proceso de adaptación a los cambios, reestructuración de rutinas y resignificación de roles perdidos. Así como también, propiciar espacios para iniciar procesos de sensibilización sobre la Terapia Ocupacional en el área de oncología como parte del equipo interdisciplinario y para el conocimiento de los usuarios sobre la importancia de nuestra intervención. (Varillas, 2016).

El Terapeuta Ocupacional, integra un equipo multidisciplinario de rehabilitación dentro del cual participa en un enfoque clínico centrado en las pacientes y en el manejo de sus disfunciones, capacitándolos para adaptarse a sus limitaciones (Navarrete, 2002).

Es sumamente relevante la incorporación de la familia y amigos, desde la intervención de la Terapia Ocupacional, por el significado de las redes en la vida de la persona, es decir, el entorno social. Somos seres sociales y ocupacionales, por lo que hay que visualizar a la persona con cáncer, considerar nuevos espacios en los que se desempeña y con quienes se rodea y son apoyo durante la quimioterapia. Se requiere una intervención desde la educación sobre el cáncer, la prevención mediante hábitos saludables y la disminución de los prejuicios y estigmas de la palabra cáncer y de las personas con esta enfermedad. Es necesario una psicoeducación al ambiente social de la persona en relación a su adaptación, reconociendo sus nuevas habilidades, incluyéndola y no por prejuicios discriminarla. Para muchos familiares, una vez terminado el tratamiento la persona está sana, cuando en realidad la vuelta a la normalidad, desde un cuerpo diferente resulta ser a



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

veces lo más complicado para el usuario. Además, como en el estudio visualizamos la incorporación del rol de participantes de organizaciones de las mujeres con cáncer, es necesario buscar instancias, grupos de apoyo, los cuales hay pocos en la Región del Biobío, porque por sus innumerables beneficios, otorgan la ayuda emocional para superar el tratamiento y la reincorporación de la persona, los grupos contienen, comparten vivencias, experiencias y ayudan en aspectos que los profesionales no pueden sanar.

Es necesario como Terapeutas Ocupaciones intervenir desde la confirmación del diagnóstico, estableciendo nuevas rutinas, educando sobre patología y efectos, durante el tratamiento en la reducción de los efectos secundarios, desde el área física trabajando en la mantención de habilidades motoras, potenciando la independencia, trabajando desde técnicas de protección articular y conservación de la energía para mitigar la fatiga, por ejemplo. Desde una rehabilitación psicosocial, enseñar a la persona a vivir con un nuevo cuerpo, cambiando la percepción de un cuerpo enfermo, visualizando el cáncer como una oportunidad de surgir, de cambiar, con el fin que la persona se sienta satisfecha con su vida, tenga metas, proyectos y sueños, manteniendo la calidad de vida. Es de suma relevancia, el trabajo con un equipo multidisciplinario, por ejemplo, el Psicólogo, porque al presentar cáncer, es factor de riesgo que puede desencadenar alteración en la salud mental, esto especifica más la intervención desde diferentes ejes de la Terapia Ocupacional, visualizando a la persona de forma holística. Considerar que al verse afectada la identidad de la persona, la reinserción de ésta, posterior al tratamiento no es fácil, el fuerte de la intervención de Terapia, que es parte de nuestro que hacer es el de reinsertar a la persona, al mismo tiempo, de ayudar a la mujer a reconstruirse, ser facilitadores desde el autoconocimiento de sus capacidades, intereses, a partir de la experiencia pasada, hasta construir una visión del futuro que desea en función de sus valores, para que sea reinsertada, incluida y lo más importante, se sienta satisfecha con su vida.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Según Galaz, (2018) contar con una propia ley para tratar el cáncer es el propósito que varias organizaciones del sector, parlamentario y expertos del área de salud vienen proponiendo desde bastante tiempo en el país.

En el escrito Galaz, (2016) plantea que “Considerando que no todos los cánceres están protegidos por la ley, ya sea a través del AUGE o la Ley Ricarte Soto y constatando que la prevalencia de esta patología es cada vez más alta en Chile y llegará a ser la primera causa de muerte en el 2020, según un estudio del ex ministro de Salud, Jorge Jiménez de la Jara, la necesidad de contar con una reglamentación sólo para tratarla, es solicitada con urgencia”.

Uno de los grandes desafíos del país, es poder terminar con la medicalización de la salud e incorporar diversas intervenciones, las que pueden ser llevadas a cabo por otros profesionales no médicos. Estos profesionales pueden aportar de gran manera en el proceso de cáncer y generar seguimiento y acompañamiento a quienes lo padecen. Es en este ámbito donde se considera esencial la participación del Terapeuta Ocupacional, quien puede contribuir de forma holística generando un tratamiento terapéutico, que considere no tan solo a la persona que padece cáncer, sino a los diferentes aspectos que la conforman y su entorno.

“Cuando termina el cáncer, nada termina, sino que un nuevo camino empieza. Un camino lleno de esperanza, de ilusiones, de proyectos, de planes de futuro, un camino en el que también hallamos dificultades y problemas”
GEPAC.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

BIBLIOGRAFÍA

- Agorreta, E., Fernández, R., Durán, P., Apestegui, E. (2014). Intervención del Terapeuta Ocupacional en la atención a personas con Cáncer en Navarra. Recuperado de: <http://terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COTONA/Documentos%20Publicados/Intervencion%20de%20Terapia%20Ocupacional%20en%20Oncologia.pdf>
- Algado, S. S. (2015). Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. Revista electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG, 2(7), 3. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>
- Alvarado, L. J., & García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. Sapiens: Revista Universitaria de Investigación, 9(2), 187-202. Recuperado de: [file:///C:/Users/juan/Downloads/DialnetCaracteristicasMasRelevantesDelParadigmaSociocriti-3070760%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/juan/Downloads/DialnetCaracteristicasMasRelevantesDelParadigmaSociocriti-3070760%20(2).pdf)
- American Society of Clinical Oncology "ASCO". (2017). Sobrevivientes del cáncer. Recuperado por: https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_survivorship_esp.pdf
- Asociación Española contra el Cáncer. *Fases y Etapas del Cáncer*. Recuperado de: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/fases>
- Asociación española contra el cáncer. (s.f). Efectos secundarios de la quimioterapia. Recuperado de: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tratamientos/quimioterapia/efectos-secundarios-quimioterapia>
- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez, B., & Talavera Valverde, M. A. (2008). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. *Traducido de: American Occupational Therapy Association*. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

- Barroilhet Díez, S., Forjaz, M. J., & Garrido Landivar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6). Recuperado de: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Borràs, J.M. (2015). "La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria". *Arbor*, 191 (773): a231. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3001>
- Calvo-Gil, M. y Narváez, P. (2008). Scielo. Experiencias de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas, vol.17 (no.1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100007
- Carpallo, S. (2016). Diferencias en el abordaje del cáncer desde el punto de vista del género. Recuperado de: http://www.diariodesevilla.es/salud/Diferencias-abordaje-cancer-punto-genero_0_1084991954.html
- Carvalho, M., Alves, D. y de Souza, F. (2015). *Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterapéutico*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01082.pdf
- Cerda, P. (2015). *Cómo cuidar la piel en un tratamiento oncológico*. *Doctología*. Recuperado de: <https://www.doctologia.es/dermatologia/como-cuidar-la-piel-tratamiento-oncologico/>
- Cristian Valdebenito. "Observatorio del cáncer del Biobío acusa a Seremi de Salud de no entregarles estadísticas". (2016). Recuperado de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-del-bio-bio/2016/08/16/observatorio-del-cancer-del-bio-bio-acusa-a-la-seremi-de-salud-de-no-entregarles-estadisticas.shtml>



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

De las Heras de Pablo, C. *Primera parte Diplomado Modelo de Ocupación Humana*. (2013)

Estrategia Nacional del Cáncer Chile. (2016). Recuperado de:
<http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>

Fernández, M. (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(6) 251-254. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>

Figueredo Villa, K. (2008). *Cuidados paliativos: una opción vital para pacientes con cáncer de mama*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(4), 0-0. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400008

Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico*. *Psicología desde el Caribe*. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

Gómez, C. E. P., Sánchez, L. V. G., & Enríquez, J. I. (2011). *Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 65-84. Recuperado de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014601050>

González, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *Islas*, 45(138), 125-135.

González, M. S. (2010). *Patrones de comportamiento. Origen de los comportamiento constructivos y destructivos*. Recuperado de:
<http://www.elcampamentodedios.com/28sep10b.pdf>

Grupo Español de Pacientes con Cancer "GEPAC". S.F. *Todo lo que empieza cuando termina el cáncer. Manual para superviviente del cáncer y*



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

familiares.

Recuperado

por:

<http://gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/Todo-lo-que-empieza-cuando-termina-el-cancer.pdf>

Grupo Oncosur. *Tratamiento del Cáncer. Quimioterapia*. Recuperado de:
<http://www.oncosur.org/item-quimioterapia>

Hermosilla, A. y Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y enfermería*. Vol.21 n°1. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100002

Hernández-Sampieri, R; Fernández, C; y Baptista, P (1995). Metodología de la Investigación. México. McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, F. y Baptista, L. (2010) Metodología de la Investigación. (5ta. Ed.) México: McGraw Hill

Hernández, L. (2016). La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *ScienceDirect, Volumen(13)*, pp.253-259.

Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300409>

Instituto de Políticas Públicas en Salud. (2018) *Ley de Cáncer ¿Por qué es necesaria?* Recuperado de: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/ley-de-cancer-por-que-es-necesaria/2018-01-26/134137.html>

Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Familiares a cargo de pacientes de cáncer: Funciones y desafíos (PDGR)-Versión para profesionales de salud*.

Recuperado

de:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Estadísticas del cáncer*. Recuperado de:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

- Jaman-Mewes, P. y Rivera, M. (2012). *Vivir con cáncer: Una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia*. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2394/3402>
- Jiménez, J. (2010). *Mapa de la Investigación de Cáncer en Chile*. Recuperado de: http://foronacionaldecancer.cl/portal/wp-content/uploads/2013/01/Informe_CancerMap_BMRC.pdf
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación*. Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006) *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Ed médica Panamericana.
- Kielhofner, (2011). *Modelo de Ocupación Humana*. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <https://www.berri.es/pdf/MODELO%20DE%20LA%20OCUPACION%20HUMANA%E2%80%9A%20Teor%C3%ADa%20y%20Aplicaci%C3%B3n/9789500600996>
- Leite, M. A. C., Nogueira, D. A., & Terra, F. D. S. (2015). *Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment*. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(6), 1082-1089. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4664008/>
- López-Santiago, S., Cruzado, J. A., & Feliú, J. (2011). Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*, 8(2/3), 265. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37881>
- Madariaga, J. C. (2004). *Máscaras y expresión corporal, un vehículo al teatro del alma: una experiencia de la Unidad de Rehabilitación del Instituto*



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Psiquiátrico. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, (4), pág-56.

Recuperado de: <https://adnz.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/163/143>

Ministerio de Salud. (2016). *Estrategia Nacional del cáncer, Chile*. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>

Morrison, R., Olivares, D., & Vidal, D. (2011). La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102-119. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/17785>

Morrison, R. (2015). *Pragmatismo: una antigua epistemología para el actual Paradigma Social de la Ocupación*. Revista Terapia Ocupacional Galicia, 12(21), 26 p. Recuperado de: file:///C:/Users/Constanza/Desktop/psicosocial/Pragmatismo_y_TO.pdf

Muñoz, N. y Urquiza, T. (2014). *Enseñanza de autocuidado en paciente oncológicos*. Recuperado de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5762/munoz-noelia.pdf

Nasi, L. (2017). "El cáncer como camino de sanación", claves para restablecer el equilibrio perdido. Paidós.

National Cancer Institute. U.S Department of Health and Human Services. *Siga Adelante: La vida después del tratamiento de cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/sigaadelante.pdf>

Noguera, M. M. Y., & Rodoreda, T. (2016). *Discusión Teórica sobre estilos de negociación*. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC124806.pdf>



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud de la mujer*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

Organización Panamericana del Cáncer. (2016). *Efectos Secundarios de la Quimioterapia*. Recuperado de
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia.html>

Parra Gómez, C. E., García, S., & Insuasty Enríquez, J. (2011). *Life Experiences of Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 40(1), 65-84. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000100007

Parra, C., García, L., Insuasty, J., (2011). *Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia*. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40 / No. 1 / 2011. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a07.pdf>

Peñas, F., Olga, L., Parra, E., Eliana, I. Gómez, G. y Ana, M. (2018). *Terapia Ocupacional en oncología: experiencias en prácticas académicas y revisión de literatura*. Revista de Salud Pública. Vol. (20), n.1, pp.45-52. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642018000100045&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Ponce, C. G., & Garrido, M. J. M. Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia.

Quiroga, E. (2007). *Los Tres Paradigmas en Investigación*. Recuperado de
<http://es.slideshare.net/EstebanQuiroga/los-tres-paradigmas-en-investigacin>



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

- Salas, E. N. (2006). *Evolución de la Terapia Ocupacional en el campo de la Oncología*. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, (4), 3. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num4/ORIGINAL2.htm>
- 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), 12. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>
- Valer, P. S., & Ortega, C. R. (2011). Ann Allart Wilcock: Trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la terapia ocupacional ya la ciencia de la ocupación. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, (14), 17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3751230>
- Varillas, T. (2015). *Roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mamas en tratamiento de quimioterapia atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú*. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4882/Varillasty.pdf?sequence=1>
- World Federation of Occupational Therapists. (2012). *Definition of Occupational Therapy*. Recuperado de: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
- Zapiola, C. M. A. (2007). La negociación: un enfoque transdisciplinario con específicas referencias a la negociación laboral. Cinterfor/OIT Recuperado de: [http://relaciondetrabajo.com/campus/ensayos%20y%20apuntes%20de%20clase/Comentario%20al%20libro%20de%20Aldao%20Zapiola%20\(para%20DT\).pdf](http://relaciondetrabajo.com/campus/ensayos%20y%20apuntes%20de%20clase/Comentario%20al%20libro%20de%20Aldao%20Zapiola%20(para%20DT).pdf)



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
ANEXOS

Anexo N°1:

CARTA DE VALIDACIÓN

Yo, Paola Patricia Paredes
(RUT: 17.346.381 - 2), por medio de la presente hago constancia que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto: **"Impacto en el proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior a tratamiento de quimioterapia curativa de la ciudad de Concepción"**, presentado por las alumnas:

Nombre	Rut	Firma
Paola Jesús Iribarra Troncoso	18.451.385 - 4	
María José Paredes Fuentes	16.768.551 - k	
Valentina Josefa Ramos Concha	18.683.668 - 5	
Natalia Andrea Sanhueza Paz	19.091.676 - 6	
Gissella Elizabeth Vidal Álvarez	19.373.544 - 7	
Daniela Alejandra Villagrán Ulioa	17.540.807 - k	

Para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación, el cual apruebo en calidad de validador, Certifico que estoy de acuerdo con la última versión del instrumento y que se han tomado en cuenta mis observaciones.

FIRMA

FECHA: 10 de octubre 2018



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Anexo N°2:

CARTA DE VALIDACIÓN

Yo,

Camilo A. Vega Neira

(RUT: 17.045.560-6), por medio de la presente hago constancia que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto: "Impacto en el proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior a tratamiento de quimioterapia curativa de la ciudad de Concepción", presentado por las alumnas:

Nombre	Rut	Firma
Paola Jesús Iribarra Troncoso	18.451.385 - 4	
Maria José Paredes Fuentes	16.768.551 - k	
Valentina Josefa Ramos Concha	18.683.668 - 5	
Natalia Andrea Sanhueza Paz	19.091.676 - 6	
Gissella Elizabeth Vidal Álvarez	19.373.544 - 7	
Daniela Alejandra Villagrán Ulloa	17.540.807 - k	

Para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación, el cual apruebo en calidad de validador. Certifico que estoy de acuerdo con la última versión del instrumento y que se han tomado en cuenta mis observaciones.

FIRMA

FECHA: 12/10/18



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Anexo N°3:

CARTA DE VALIDACIÓN

Yo,

Dr. Enrique Quiroz Mansillo

(RUT: 16.362.331-5),

por medio de la presente hago constancia que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto: "Impacto en el proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior a tratamiento de quimioterapia curativa de la ciudad de Concepción", presentado por las alumnas:

Nombre	Rut	Firma
Paola Jesús Iribarra Troncoso	18.451.385 - 4	
Maria José Paredes Fuentes	16.768.551 - k	
Valentina Josefa Ramos Concha	18.683.668 - 5	
Natalia Andrea Sanhueza Paz	19.091.676 - 6	
Gissella Elizabeth Vidal Álvarez	19.373.544 - 7	
Daniela Alejandra Villagrán Ulloa	17.540.807 - k	

Para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación, el cual apruebo en calidad de validador. Certifico que estoy de acuerdo con la última versión del instrumento y que se han tomado en cuenta mis observaciones.

FIRMA

FECHA:

12/10/2018



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Anexo N°4:

Cuestionario Habitacional

N° _____

El propósito del presente cuestionario consiste en analizar el impacto del proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío. Entendiendo que el proceso de habituación corresponde a un ciclo, el cual los seres humanos experimentan a diario producto de diferentes situaciones a las cuales se deben ir adaptando.

Instrucciones: El siguiente cuestionario está compuesto por dos ítems. En el primero de ellos usted debe encerrar con un círculo la respuesta que considere pertinente en las columnas “pasado” y “presente” respectivamente. En el segundo ítem usted debe marcar con una “X” en la casilla de la alternativa con la que se identifique (pudiendo ser más de una).

ÍTEM I

A. Encierre en un círculo la alternativa que usted considere pertinente en la columna “pasado” y “presente” respectivamente.

N°	PATRONES ESTABLES	PASADO		PRESENTE	
1.	¿Su rutina está organizada?	SI	NO	SI	NO
2.	¿Dentro de su rutina realiza actividades significativas (familia, religión, cultura)?	SI	NO	SI	NO
3.	¿Tiene tareas rutinarias que logra desempeñar sin dificultades?	SI	NO	SI	NO
4.	¿Tiene un estilo de vida ocupacional satisfactorio?	SI	NO	SI	NO



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

5.	¿Participa en actividades de interés (hobbies y/o pasatiempos?)	SI	NO	SI	NO
----	---	----	----	----	----

B. Encierre en un círculo los roles que desempeñó en el pasado y los que desempeña en el presente (al menos 1 vez a la semana).

N°	PATRONES ESTABLES	PASADO		PRESENTE	
1.	Abuela	SI	NO	SI	NO
2.	Madre	SI	NO	SI	NO
3.	Hija	SI	NO	SI	NO
4.	Amiga	SI	NO	SI	NO
5.	Pareja	SI	NO	SI	NO
6.	Estudiante	SI	NO	SI	NO
7.	Trabajadora	SI	NO	SI	NO
8.	Ama de casa	SI	NO	SI	NO
9.	Participante de alguna organización (voluntariado, grupo religioso, etc.)	SI	NO	SI	NO
10.	Proveedor de cuidados	SI	NO	SI	NO
11.	Aficionada (deporte, juegos de mesa, etc.)	SI	NO	SI	NO
12.	Otro rol que realizó anteriormente o que realice actualmente: ----- ----- ----- -----	SI	NO	SI	NO

C. Encierre en un círculo la alternativa que usted considere pertinente solo para el momento “presente”.

N°	NEGOCIACIÓN		
----	-------------	--	--



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

1.	¿Necesita apoyo de terceras personas para lograr adaptarse a los cambios?	SI	NO
2.	¿Se siente eficiente en las actividades del día a día?	SI	NO
3.	¿Se ajusta a contextos pocos familiares?	SI	NO
4.	¿Considera que las actividades que realiza son relevantes?	SI	NO
5.	¿Le es fácil adaptarse al cambio de actividades en situaciones adversas?	SI	NO
6.	¿Reconoce el impacto de las condiciones médicas y las consecuencias en su desempeño?	SI	NO

N°	EXPLORACIÓN		
1.	¿Busca nuevas actividades para realizar?	SI	NO
2.	Si la respuesta anterior fue positiva: ¿Le ha sido fácil esta búsqueda?	SI	NO
3.	¿Tiene metas y proyectos personales?	SI	NO
4.	¿Reconoce sus capacidades y debilidades?	SI	NO
5.	¿Identifica lo que es importante para su vida?	SI	NO

ÍTEM II

A. Marque con una "X" las actividades que realizaba anterior al tratamiento de quimioterapia curativa y las que realiza hoy en día (pudiendo ser más de una).

N°	OCUPACIONES	PASADO	PRESENTE
1.	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Bañarse, ir al baño e higiene en el inodoro, vestirse, alimentarse, desplazarse de manera independiente en el hogar, cuidado de utensilios)		



	personales, higiene y arreglo personal, actividad sexual)		
2.	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (Cuidado de personas, mascotas y/o niños, utilización de medios de comunicación, desplazarse de manera independiente en la comunidad, manejo de dinero, mantenimiento de la salud, administración del hogar, preparación de la comida y limpieza, actividades religiosas y/o espirituales, mantenimiento de la seguridad, compras)		
3	DESCANSO Y SUEÑO (Descansar, prepararse para el sueño y participación en el sueño)		
4.	EDUCACIÓN (Participación en la educación formal e informal)		
5.	TRABAJO (Búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el trabajo, preparación para la jubilación, explorar y participar en voluntariados)		
6.	JUEGO (Exploración y participación en el juego)		
7.	OCIO O TIEMPO LIBRE (Exploración y participación en el ocio y/o actividades de tiempo libre)		
8.	PARTICIPACIÓN SOCIAL (Participación en la comunidad, familia, compañeros y/o amigos)		



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

9.	Otros:		

B. Marque con una “X” los aspectos que favorecen y/o limitan su participación en actividades significativas. Si no se identifica con alguna de ellas, deje la casilla en blanco y continúe con el siguiente aspecto influyente.

Nº	ASPECTOS INFLUYENTES	FAVORECEN	LIMITAN
1.	Mi Familia		
2.	Mis amigos		
3.	Mi pareja		
4.	Mi motivación		
5.	Mi estado emocional		
6.	Mi estado físico (salud)		
7.	Mi apariencia física (estética)		
8.	La sociedad		
9.	El clima (cambios de temperatura, ambientes fríos, etc.)		
10.	La infraestructura (uso de escaleras, lugares cerrados, etc.)		
11.	Enfermedades crónicas (asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)		
12.	Asuntos médicos (controles, exámenes de rutina, etc.)		
13.	Aspectos socioeconómicos (licencias médicas, financiamiento del tratamiento, etc.)		



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

14.	Otro aspecto que favorezca o limite mis actividades: ----- ----- ----- -----		
------------	--	--	--

Gracias por responder el cuestionario, su opinión es muy relevante y las respuestas serán resguardadas de forma anónima para posteriormente analizarlas en conjunto a otros estudios.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Anexo N°5:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Título de la investigación:

“Impacto en el proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío”.

Investigadores responsables: Paola Irribarra, María Paredes, Valentina Ramos, Natalia Sanhueza, Gissella Vidal y Daniela Villagrán.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no participar en una investigación cuantitativa.

Objetivo de la investigación: Estamos cuantificando el impacto en el proceso de habituación de mujeres con cáncer posterior al tratamiento de quimioterapia curativa en la región del Biobío.

Procedimiento de la investigación: Si usted acepta participar de este proyecto de investigación, debe considerar lo siguiente: las investigadoras realizarán una única visita en la cual se le hará entrega de un consentimiento informado, debe leerlo y si está de acuerdo con lo que se establezca en dicho documento, firmarlo, aceptando así ser partícipe de la investigación. Posteriormente recibirá un cuestionario conformado por 4 páginas en las que encontrará además de las instrucciones dos ítems, los que debe responder encerrando en un círculo o marcando con una X respectivamente la respuesta que considere pertinente, no existe las respuestas incorrectas. Para todo lo anterior se establecerá un tiempo aproximado de 20 minutos.

Beneficios: Usted no se beneficiará por participar en esta investigación. Sin embargo, su colaboración nos permitirá entender mejor el impacto en la búsqueda de nuevos roles y hábitos producto del cáncer. Por consiguiente, será de beneficio colectivo.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Riesgos: Se debe tener en consideración que al realizar las encuestas pueda desencadenar episodios de labilidad emocional.

Costos: Su participación no tiene ningún costo económico para usted. Todos los costos de la investigación serán asumidos por las investigadoras.

Compensaciones: Este estudio no contempla compensaciones para usted, sin embargo, su participación aportará en el cumplimiento de objetivos de nuestra investigación. Además, será de beneficio social para lograr la incorporación de Terapia Ocupacional en el proceso de recuperación de mujeres posterior al tratamiento de quimioterapia curativa.

Confidencialidad de la información: Los datos obtenidos en la investigación, tales como antecedentes personales y respuestas obtenidas, serán de carácter confidencial donde solamente será de uso exclusivo para esta investigación. Los resultados de los cuestionarios serán trabajados de forma anónima y las respuestas se analizarán de forma global, por lo que no se rebelará la identidad de las participantes al presentar los resultados de la investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a retirar su consentimiento y por tanto retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente y sin consecuencia alguna.

Preguntas: Si tiene preguntas acerca de esta investigación cuantitativa, puede contactar o llamar a las investigadoras responsables del estudio al teléfono 9-61746082 y 9-74304180, o al correo: tesis2018cancer@gmail.com.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación cuantitativa, los procedimientos, riesgos, beneficios y derechos que me asisten.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzada a hacerlo.
- Se me entregará una copia firmada de este documento.

Nombre del participante	_____	_____
	Firma	Fecha
Paola Jesús Irribarra Troncoso	_____	_____
	Firma	Fecha
María José Paredes Fuentes	_____	_____
	Firma	Fecha
Valentina Josefa Ramos Concha	_____	_____
	Firma	Fecha
Natalia Andrea Sanhueza Paz	_____	_____
	Firma	Fecha
Gissella Elizabeth Vidal Álvarez	_____	_____
	Firma	Fecha
Daniela Alejandra Villagrán Ulloa	_____	_____
	Firma	Fecha