



# INTERVENCIÓN EN ONCOLOGÍA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Abril de 2.014

## Elaborado por:

- Erika Agorreta
- Rebeca Fernandez
- Pilar Durán
- Edurne Apestegui

## Contenido:

Introducción.

Definición de Terapia Ocupacional.

Equipo Multidisciplinar

Intervención de TO en oncología

Evidencia científica

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

## Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Atención a Personas con Cáncer en Navarra.



**COLEGIO DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE NAVARRA—NAFARROAKO LAN-TERAPEUTEN ELKARGOA**



## ELABORACIÓN:

Este material ha sido elaborado por un grupo de trabajo dentro del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan—Terapeuten Elkargoa (COTONA\_NALTE) para hacérselo llegar a los miembros de los Comités de Expertos creados en Navarra para el desarrollo de las líneas estratégicas del Plan de Salud Navarra 2014-2020.

### **Coordinación:**

Edurne Apestegui Egea

### **Autoras:**

Erika Agorreta Tejedor. TO CAIDIS Las Hayas. Navarra

Rebeca Fernandez Tobia. TO Clínica San Fermín . Navarra

Pilar Durán Carrillo TO Clínica de Rehabilitación de Salud Mental SNS-Osasunbidea. Navarra

Edurne Apestegui Egea. TO Unidad de Hospitalización Psiquiátrica B. Complejo Hospitalario de Navarra. SNS-Osasunbidea

### **Maquetación:**

Pilar Durán Carrillo

**ISBN 978-84-617-9516-1**

# 1-. Introducción:

El cáncer se ha convertido en la primera causa de muerte en Navarra según la tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP). La incidencia de cáncer en edad pediátrica está en torno a los 15 casos nuevos por 100,000 niños menores de 15 años. Según los datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI) la supervivencia del cáncer en Navarra en edad pediátrica ha mejorado de forma significativa debido a la aplicación sistemática de protocolos de oncología pediátrica definidos a nivel nacional e internacional (SIOP) y la labor en equipos multidisciplinarios.

En el contexto actual, nos encontramos ante una situación de cambio respecto a la esperanza de vida de las personas con cáncer y de la visión en el abordaje de su tratamiento desde diferentes profesionales, por lo que tenemos que abandonar una actitud nihilista ante el cáncer.

La Terapia Ocupacional en oncología no tiene cabida actualmente en el Sistema Sanitario de Navarra (Osasunbidea), pero cuenta con experiencia y evidencia científica en otros países y en el propio territorio Nacional que sustenta 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. En el estudio “Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society..“ (25) se demuestra que en EEUU tras la rehabilitación de pacientes oncológicos llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, dentro del cual hay un terapeuta ocupacional, se muestra una disminución de los gastos económicos individuales y sociales. Así mismo, la calidad del tratamiento se ve incrementada. Actualmente no hay estudios en España que demuestren algo semejante).

Hacemos referencia de estos datos a lo largo del dossier, y más concretamente en el punto 5 (Evidencia científica).

El objetivo de este documento es demostrar la importancia de la Terapia Ocupacional en pacientes oncológicos con la finalidad de exigir la participación activa en los tratamientos de oncología de la cartera de Servicios Sanitarios y Sociales de la Comunidad Foral de Navarra. Toda persona tiene derecho por Ley (7 y 8) (Ley Foral de Salud 17/2010 y Ley Foral 10/1990) a ser atendida por los profesionales formados y preparados en las diferentes áreas de tratamiento, y creemos que se está privando de los beneficios terapéuticos que desde nuestra profesión podemos aportar, a todos los usuarios que actualmente cursan con este tipo de enfermedad.

Este documento pretende dar a conocer la profesión de la Terapia Ocupacional en este terreno de cara a que sea tenida en cuenta para la elaboración del Plan de Salud y su puesta en marcha. Ofrecemos como colectivo nuestra colaboración para lo que se considere necesario.

Los estudios evidencian la importancia de la intervención desde Terapia Ocupacional, y haremos referencia a muchos de ellos en el último apartado del artículo.

## 2-. Definición de Terapia Ocupacional

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

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

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

## 3-. Equipo Multidisciplinar

Un modelo de rehabilitación integral eficaz es el que optimiza una oferta ágil de prestaciones sanitarias y sociales y un sistema de ayudas suficientes para la familia cuidadora y del entorno. Para ello tiene que llevarse a cabo dentro de un programa cumpliendo unas características concretas. Debe estar integrado por diversos profesionales, trabajando sobre un mismo paciente, desde su propia unidad con un sistema jerarquizado. Esto es lo que se denomina *equipo multidisciplinar*.

El paso de los años y los avances científicos han hecho que el marco de trabajo en los pacientes oncológicos evolucione hacia un abordaje multidisciplinar. La evidencia científica demuestra que ha dejado de ser un problema exclusivamente médico y que también tiene repercusiones a nivel físico, psicológico y social. Se demuestra que la intervención multidisciplinar en pacientes oncológicos es efectiva. (10,11,12,13,23,24...)

El equipo multidisciplinar en rehabilitación oncológica debería estar formado por los siguientes profesionales: médico, enfermera, auxiliares de enfermería, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

Otras figuras de carácter no sanitario que pueden intervenir: voluntarios, asesores religiosos, asociaciones de enfermos...

Dentro de la estrategia integral de atención, los terapeutas ocupacionales participan en la evaluación y el tratamiento de estas patologías, con gran impacto en el funcionamiento ocupacional cotidiano de la persona.

## 4.- Intervención de Terapia Ocupacional en oncología.

El terapeuta ocupacional usa actividades específicas para limitar los efectos de la discapacidad y promover la independencia en todos los aspectos de la vida.

Según la OMS, la **Terapia Ocupacional** es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

“Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada hacia objetivos específicos, previamente analizada y seleccionada en función de las necesidades del enfermo, incapacitado o marginado y con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendentes a conseguir el máximo grado de autonomía con el mínimo de alienación posible para conseguir una equilibrada adaptación al medio”. (30)

Figura 1. Impacto del cáncer en el desempeño ocupacional de la persona



## 4.1-. Marco Teórico

Las personas que han sido diagnosticadas de un cáncer, es frecuente que presenten dificultades, a medio y largo plazo, en el desempeño de roles, en la interacción social, en el cambio de hábitos y a la hora de adaptarse a una nueva situación, como consecuencia de toda la sintomatología que lleva consigo un cáncer.

No debemos reducir nuestro tratamiento sólo a suplir o restaurar la función perdida, sino que hay que mirar al ser humano desde una perspectiva holística, y entenderlo como un todo global. Ello, nos lleva a tomar una perspectiva más amplia a la hora de evaluar, analizar y contrastar conceptos. Debido a esto, veo necesario justificar la práctica del terapeuta ocupacional dentro de un modelo de trabajo dinámico.

El **Modelo de ocupación humana** (Kielhofner) engloba los conceptos que queremos agrupar para abordar al paciente oncológico. Se basa en la premisa de que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana, siendo la interacción del individuo con el entorno lo que entendemos como *conducta ocupacional*. ( 34 ) Dentro del MOHO, los seres humanos son conceptualizados como formados por tres componentes o subsistemas interrelacionados: volición, habituación y capacidad de desempeño. O sea, intenta explicar de qué manera la conducta es motivada, cómo adapta patrones de conductas frecuentes y de qué forma es realizada. Los pensamientos volitivos surgen a medida que la persona experimenta, interpreta, anticipa y elige las ocupaciones. La habituación es una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles, ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutinal La capacidad de desempeño se define como la capacidad para hacer cosas provista por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes y la experiencia subjetiva correspondiente. (35)

### 4.1.1-. Justificación teórica

El ser humano es definido como un ser activo, que interactúa con el medio, motivado hacia unos intereses intrínsecos y adaptándose a los continuos cambios que surgen durante su vida. 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 ha 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.

Según el MOHO 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 perdidos. “Cuando trabajamos, jugamos y realizamos actividades de la vida diaria, moldeamos nuestras capacidades, nuestros patrones de vida e interacción con los otros y nuestra comprensión de nuestro mundo y nosotros mismos. En gran medida, cada uno de nosotros es autor de su propio desarrollo a través de lo que hacemos”. (35). A través de la terapia ocupacional, el individuo puede beneficiarse de una serie de técnicas, recuperando su vida, intentado que vuelva a tener senti-

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

El tratamiento e intervención van dirigidos a la adaptación de la discapacidad, conservar la satisfacción y bienestar y promover la actividad y ocupación a través de la elección de la persona según sus motivaciones. La persona organiza su vida a través de tareas rutinarias y emplea sus habilidades intactas para compensar los déficit y maximizar el éxito en las actividades seleccionadas, y su adaptación al entorno.

Existen más modelos de intervención y marcos de referencia adaptados a cada sintomatología y secuelas individuales de la persona. Pero es el MOHO el que engloba de una forma global todo. Otros ejemplos son el “Marco de referencia rehabilitador (Pedretti y Early, 2001)” y el “Marco de referencia del neurodesarrollo”

## 4.2-. Escalas de Valoración (31)

### Medidas funcionales:

Barthel (Anexo I)

Medida de independencia funcional (FIM) (Anexo II)

Test de Lawton&Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (Anexo III)

### Medidas del dolor

PDI (*Pain Disability Index* – Índice de discapacidad por dolor). Medida de autoevaluación de discapacidad por dolor en ámbito general y personal. (Anexo IV)

PDQ (*Pain Disability Questionnaire* – Cuestionario de discapacidad por dolor). Diseñado para evaluar los trastornos musculoesqueléticos discapacitantes crónicos. (Anexo V)

### Medidas de fatiga

CRQ. (*The Chronic Respiratory Disease Questionnaire*) Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (EPOC)

SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire*). Cuestionario respiratorio St. George. (Anexo VI)



## 4.3-. Enfoque de Tratamiento

La Terapia Ocupacional puede actuar en dos frentes:

- **Directamente sobre el paciente**, interviniendo en los diferentes estadios de la enfermedad. Entre sus objetivos mejorar la funcionalidad y autonomía del enfermo.
- **De forma indirecta sobre el paciente** y de forma directa con los familiares y/o cuidadores principales.

A priori parecen muchas las diferencias entre ambas intervenciones, pero en el día a día, durante la práctica, no son tantas, y junto con el trabajo del equipo multidisciplinar, se van adaptando las situaciones a cada persona.

Los terapeutas ocupacionales tienen un rol que jugar a lo largo de todo el camino del cáncer, desde el diagnóstico hasta los cuidados paliativos y los cuidados terminales.

- **Fase preventiva:** en la que tratamos de reducir el impacto y la severidad de las incapacidades, manteniendo su autonomía, y ayudando tanto a pacientes como a familiares a afrontar la situación de la mejor manera posible.
- **Fase restaurativa:** el objetivo principal es que los pacientes retornen a su estado premórbido, disminuyendo en lo máximo de lo posible las diferentes discapacidades que puedan aparecer, compensando los déficits en las destrezas que están afectadas e intentando mantener sus actividades de la vida diaria, tanto básicas, instrumentales como productivas y de ocio.

Además participamos directamente en la rehabilitación de secuelas físicas que han podido quedar tras el tratamiento o la intervención.

- **Fase de soporte:** en la que proveemos las ayudas y productos de apoyo necesarios conforme el progreso de su enfermedad va cambiando las capacidades y destrezas del paciente. Siempre a través de un seguimiento individualizado. Tratamos también de reducir la intensidad de sus síntomas.
- **Fase paliativa:** es la fase en la que la enfermedad del paciente ya no remite. En este caso el tratamiento irá enfocado a mantener una calidad de vida óptima dentro de las posibilidades existentes, garantizando la integridad del paciente y ayudado tanto a él como a la familia a sobrellevar de la mejor manera la situación a la que se enfrentan. Se ofrecen estrategias y ayudas a los cuidadores principales, tanto para la aceptación de la enfermedad y sus consecuencias, como para un cuidado óptimo del paciente a la vez que del propio cuidador.

La intervención es holística, por lo que además de un tratamiento directo al paciente, realizamos un análisis de su entorno más habitual, teniendo en cuenta los factores que inhiben, limitan y /o potencian su desempeño ocupacional, y aconsejando sobre los cambios y adaptaciones que consideremos oportunos; siempre con la finalidad de favorecer la autonomía del paciente y el desarrollo de sus habilidades y destrezas.

Todo el tratamiento es consensuado con el propio paciente y desarrollado a través de programas específicos desarrollados individualmente para la persona.

La actuación con los **familiares y/o cuidadores**(31) sería la siguiente:

- Evaluación de las necesidades del entorno físico y social del enfermo.
- Evaluación de las de los cuidadores principales o familiares.
- Asesoramiento sobre el entorno físico: reestructuración sobre el espacio en el domicilio, adaptaciones, productos de apoyo
- Adiestramiento en las actividades del cuidado del enfermo: Ergonomía que beneficia tanto al cuidador como al enfermo (técnicas para el manejo del paciente encamado, mantenimiento de una correcta higiene postural, cambios posturales, transferencias...).
- Enseñar al cuidador a no hacer tan dependiente al enfermo, dándole la posibilidad que le deje hacer todo lo que pueda por el mismo. Sólo ayudar cuando sea necesario.
- Adiestramiento en el uso correcto de los productos de apoyo.

Hemos de destacar en este apartado, que la intervención en el adulto es diferente que la intervención en el niño afectado de cáncer. Los programas y objetivos que usamos son los mismos, pero las estrategias y actividades son diferentes, ya que la forma de abordaje del niño es a través del juego.



## 4.4-. Ámbitos de Intervención del Terapeuta Ocupacional y Recursos actuales de Terapia Ocupacional en Oncología.

Los terapeutas ocupacionales promueven el bienestar y la independencia de personas con cáncer en los siguientes servicios: (36)

- En sus domicilios
- En el hospital (agudos o UCI)
- En hospitales de día
- Hospitales para enfermos terminales
- Residencias de convalecencia

La persona se mueve entre su domicilio, hospital, especialistas... debería de tener acceso a terapia ocupacional en cualquier estadio de su enfermedad en todos los sectores. (31)

No tenemos datos concretos sobre ratios de Terapeutas Ocupacionales en otros países, pero si tenemos estudios o artículos que evidencian el trabajo de este perfil sanitario en el ámbito de oncología (21,23,24,25,26,27,28) en países como EEUU, Noruega, Inglaterra.... Y en España (22, 29)

## 5-. Intervención de Terapia Ocupacional

### a-. Intervenciones / Funciones Generales

- Evaluación/ valoración de la situación personal de cada paciente (análisis de capacidades y limitaciones, de las habilidades y potencialidades, patrones de desempeño, motivación y participación en áreas ocupacionales, análisis de necesidades y expectativas de cambio).
- Evaluación/valoración del entorno y contextos de cada persona/ cliente / paciente (análisis de las dimensiones ambientales o factores que inhiben, limitan y /o potencian y facilitan el desempeño ocupacional de cada individuo).
- Diseño, planificación e implementación de programas de estimulación de capacidades y habilidades, de compensación de limitaciones y de intervención en las distintas áreas ocupacionales con el fin de conseguir los objetivos propuestos, seleccionando modelos de intervención, sistemas de valoración y otras herramientas de trabajo.
- Adaptación, selección, asesoramiento, fabricación y/o diseño de productos de apoyo, actividades y entornos para conseguir la máxima funcionalidad de cada persona en los diferentes estadios de la enfermedad.
- Asesoramiento y formación tanto al paciente como al cuidador principal sobre pautas de actuación y uso de diferentes estrategias que puedan beneficiar a la persona en los diferentes estadios de la enfermedad.

- Documentación del proceso de tratamiento y evaluación continua del proceso de intervención y de los resultados obtenidos.
- Informar, consensuar y analizar procedimientos e intervenciones con el equipo multidisciplinar en todo lo referente al cliente.
- Fomentar las relaciones con otros recursos, instituciones, asociaciones.

El punto de partida del terapeuta ocupacional siempre son las experiencias de la gente con las que están trabajando (la persona con cáncer y sus familias) y son sus elecciones y prioridades lo que conducen las intervenciones en las que ellos participan. Los terapeutas ocupacionales trabajan en colaboración con la gente con cáncer y les ayudan a encontrar nuevas opciones para mejorar su calidad de vida.

## **b-. Intervención Síntomas Específicos**

En las intervenciones que los terapeutas ocupacionales realizan con las personas con cáncer, tendrán que planificar el tratamiento y anticipar la posibilidad de los cambios en la persona y en sus circunstancias. Muchas veces, el cambio o deterioro puede ocurrir rápidamente o inesperadamente, y los terapeutas ocupacionales tienen que estar capacitados para reaccionar ante ellos.

A lo largo de la bibliografía que hemos ido consultando, hemos podido cerciorar el rol del terapeuta ocupacional en la intervención con pacientes oncológicos, y como sus prioridades son reales y alcanzables.

A continuación se pormenorizan los principales síntomas los síntomas más comunes encontrados por los terapeutas ocupacionales a lo largo de su trabajo (tras la bibliografía consultada)

Miedo

Fatiga

Náuseas/ vómitos/ llagas/ disfagia

Estreñimiento/ diarrea/ problemas urinarios

Falta de aliento/ dificultad respiratoria

Insomnio

Cuidado y prevención de escaras

Pérdida de peso (anorexia)

Problemas neurológicos

Déficits cognitivos

Ansiedad y depresión

Retención de líquidos (linfedema, edema, ascitis)

Deterioro imagen corporal (pérdida de pelo, cirugía, linfedema)

## c-. Programas

El terapeuta ocupacional puede llevar a cabo los siguientes programas de intervención, tras una evaluación realizada, localizados los síntomas que tiene un determinado sujeto y analizando sus dificultades:

PROGRAMA	TECNICAS, ACTIVIDADES, SUBPROGRAMAS	OBJETIVOS GENERALES
<i>VINCULACION Y AJUSTE AL TRATAMIENTO</i>	Actividades que promuevan la implicación del paciente en el tratamiento y un vínculo de confianza con el Terapeuta Ocupacional.	Iniciar y desarrollar la vinculación del paciente al recurso, al Terapeuta Ocupacional y a los programas a desarrollar.
<i>REMOTIVACION / AUTOESTIMA / AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD</i>	Actividades que promuevan la recuperación de la autoestima perdida a lo largo del tratamiento y que aumenten la motivación por continuar luchando contra la enfermedad	Mejorar, aumentar la motivación del paciente con el fin de mejorar la participación ocupacional y conseguir un desempeño competente.
<i>PROGRAMA DE AUTONOMIA PERSONAL EN AVDs</i>	<p>AVD básicas (alimentación, vestido, baño, higiene en el inodoro, reeducación de esfínteres, movilidad funcional, arreglo personal, cuidado de los dispositivos de atención personal).</p> <p>AVD instrumentales (medicación, medios de comunicación, manejo de las finanzas, manejo del hogar, organización de las compras, práctica de la religión....).</p> <p>Programa de empleo de nuevas tecnologías.</p>	Mantener, compensar y/o mejorar la autonomía personal en las AVD.

<p><i>ECONOMIA DE ESFUERZO Y ECONOMIA ARTICULAR</i></p>	<p>Modificación de los hábitos de la vida diaria en la forma de realización de las actividades, economizando la energía del paciente, y usando estrategias como la jerarquización de actividades, planificación anticipada, alternancia con tiempos de reposo, modificación de patrones de movimiento, uso de dispositivos de ayuda...</p>	<p>Disminuir la fatiga y optimizar la energía con el fin de que el cansancio interfiera lo menos posible en el desempeño ocupacional.</p>
<p><i>REHABILITACION FUNCIONAL</i></p>	<p>Actividades significativas que mejoren o eliminen las secuelas que tienen tras el tratamiento de quimioterapia, radioterapia o intervenciones quirúrgicas.</p>	<p>Recuperación de la función perdida o disminuida, con la finalidad de adquirir una funcionalidad mayor en todas las áreas ocupacionales.</p>
<p><i>COMUNICACIÓN / SOCIALIZACION /</i></p>	<p>Actividades grupales que fomenten las relaciones interpersonales con pacientes con la misma enfermedad, con el fin de encontrar apoyos y establecer nuevas relaciones que puedan ser beneficiosas para el paciente.</p>	<p>Proporcionar estrategias de expresión de sentimientos que estas personas suelen guardarse para sí mismos.</p> <p>Impulsar relaciones interpersonales con iguales, para así hacer frente a la enfermedad de un modo más consciente y con el apoyo de otros.</p> <p>Restaurar el contacto social perdido debido al tiempo que estas personas pasan aislados en habitaciones u hospitales.</p> <p>Disfrutar los últimos momentos de sus vidas (en enfermos terminales).</p>
<p><i>OCIO Y TIEMPO LIBRE</i></p>	<p>Actividades lúdicas adaptadas según demandas y necesidades del paciente.</p> <p>Actividades propositivas y con significado personal</p>	<p>Promover que el enfermo oncológico pueda recrearse con actividades elegidas por él y adaptadas para él.</p>

<i>CUIDADO DE CUIDADORES – BURN OUT</i>	Asesoramiento al cuidador o cuidadores principales sobre estrategias específicas de cuidado del enfermo, manejo de personas con movilidad reducida, apoyo emocional durante el periodo de enfermedad...	Facilitar la labor del cuidador principal y tenerlo en cuenta en el tratamiento de su familiar.
<i>ESTIMULACION DE FUNCIONES COGNITIVAS</i>	Actividades de psicoestimulación de las funciones cognitivas : memoria, atención, praxias, funciones ejecutivas, lenguaje...	Estimular, mejorar y mantener el correcto funcionamiento de las funciones cognitivas que están afectadas por diversas causas.
<i>ADECUACION Y ESTRUCTURACION DEL ENTORNO, ADAPTACION DEL DOMICILIO</i>	Análisis de domicilio. Adaptaciones pertinentes. Reestructuración del espacio para la eliminación de barreras arquitectónicas.	Proveer un espacio adaptado y fácil para el manejo del paciente o para que pueda llegar a ser más independiente por sí mismo
<i>PRODUCTOS DE APOYO</i>	Adaptación, selección, asesoramiento y /o fabricación de productos de apoyo, así como el entrenamiento en su empleo.	Compensar y mitigar déficits funcionales, limitaciones y restricciones en la participación ocupacional, utilizando diversidad de productos de apoyo para favorecer un desempeño seguro y competente.
<i>CUIDADOS PALIATIVOS</i>	Actividades encaminadas a mantener la autonomía y a paliar el déficit de estimulación sensorial que sufren.	Garantizar la calidad de vida
<i>DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</i>	Técnicas de relajación. Actividades en la sala de quimioterapia para	Disminuir la ansiedad. Mejorar la ansiedad, miedo y angustia que, tanto los enfermos como sus acompañantes padecen cuando llegan a la sala para recibir el ciclo y durante el tiempo que lo están recibiendo.
<i>ATENCION DOMICILIARIA</i>	Realización de actividades funcionales/lúdicas en el propio domicilio. Enseño manejo del paciente al cuidador principal, mostrándole técnicas de ahorro de energía, ergonómicas...	Proveer una vida más fácil y tranquila al paciente oncológico terminal

## 6-. Evidencia Científica de la Intervención de Terapia Ocupacional en Patología Oncológica.

ARTICULO/ ESTUDIO	RESUMEN DE LA EVIDENCIA	CITA CONCRETA DE LA EVIDENCIA:
<p><i>A randomised trial of psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). BMC Cancer 20012 11:48.</i></p>	<p>Intervención Psicosocial (con TO en el equipo multidisciplinar) que demuestra efectividad en pacientes oncológicos</p>	<p>Health professionals from the disciplines of nursing, occupational therapy, speech pathology, nutrition and dietetics, physiotherapy or radiation therapy will be eligible to participate in training if they: (1) have at least 12 months' clinical experience in oncology (2) are currently engaged in patient contact (minimum of 6 hours per week) (3) have a commitment to undertake the necessary training and (4) are working in a setting in which they can deliver the Intervention.</p>
<p><i>Julie K. Silver, Jennifer Baima, Robin Nweman, Mary Lou Galantino and Lillie D. Shockney. Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society. Work 46 (2013) 455-472. COI 10.3233/WOR - 131755 IOS Press</i></p>	<p>Importancia del equipo multidisciplinar en la rehabilitación del cáncer. Describe el rol del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de cáncer. Además dice que reduce la carga económica tanto individual como en la sociedad.</p>	<p>Cancer rehabilitation teams should ideally include (but not be limited to) physiatrists, oncology and/or rehabilitation nurses, mental health professionals and physical, occupational, and speech therapists.</p> <p>The occupational therapist plays an important role in addressing a cancer survivor's activities of daily living, instrumental activities of daily living, work, leisure and social participation throughout the continuum of survivorship. Occupational therapist support meaningful participation in valued work activities through a patient-centered approach that carefully considers each cancer survivor's abilities, environmental supports and barriers, and occupational demands.</p>

<p><i>Lene Thorsen, Gunhild M Gjerset, Jon Havard Loge, Cecilie E. Kiserud, Eva Skovlund, Tone Flotten &amp; Sophie D. Fossa. Cancer patients' needs for rehabilitation services. Acta oncologica 2011; 50: 212-222</i></p>	<p>Estudio realizado en Noruega con encuestas a personas con cancer. Se les pregunta a ver que servicios reciben y cuales necesitan. Evidencia una necesidad de mas servicios entre ellos TO</p>	<p>In 2008 persons aged 25 – 60 years,diagnosed in 2005/2006 with the ten most prevalent cancers in Norway were identified through the Cancer Registry of Norway. These patients were contacted by their treating hospital receiving a mailed questionnaire. Main outcomes for the present study were measured by two questions assessing a) needs for rehabilitation services and b) rehabilitation services offered/used. For each question seven services were listed; physical therapy, physical training, psychological counseling, consultations with social worker, occupational therapy, supportive group sessions and admittance to a convalescent home. The respondents then rated to what extent they had experienced needs and if they had been offered and used each service. The majority of cancer patients report needs for one type of rehabilitation service, two thirds of those also report need for two or more services, and 40% hadan unmet need for rehabilitation services. Future focus should in our opinion be more directed towards content of the services and their effects, and prospective studies are needed in order to investigate the optimal content of the rehabilitation services for cancer patients and at what time they are mostly needed,as well as to identify patients that will benefit from the different services.</p>
<p><i>Miriam Frost, The role of physical, occupational, and speech therapy in hospice. Patient empowerment. American Journal of Hospice &amp; Palliative Care. Volume 18, Number 6, November/December 2001.</i></p>	<p>Artículo de hospital en el que explica el rol del terapeuta ocupacional en cuidados paliativos</p>	

MILLER, J. and HOPKINSON, C. (2008), *A retrospective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care*. *European Journal of Cancer Care*, 17: 488–491. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00899.x

La relajación puede ser útil reduciendo la tensión experimentada por pacientes en el cuidado paliativo y oncológico. Y es una intervención beneficiosa que los terapeutas ocupacionales pueden usar para mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

En el campo de la oncología, hay un aumento de la prevalencia de las intervenciones no farmacológicas junto con tratamiento convencional. La relajación es un componente esas intervenciones. Está dentro de los programas de rehabilitación de los programas del Hospital Royal Marsden, el centro más grande de Europa de Cáncer.

The data demonstrates that relaxation can be useful adjunctively in reducing the tension experienced by patients in the oncology and palliative care setting, and is a beneficial intervention that occupational therapists can utilize to enhance the quality of life of their patients. Further study of the benefits of relaxation on occupational performance and level of function would be valuable, incorporating the use of an outcome measure such as the Canadian Occupational Performance Measure (Law *et al.* 1998) and establishing a qualitative piece of research. Within the field of oncology and palliative care, there is an increasing prevalence of the use of nonpharmacological interventions as an adjunct to conventional treatments such as radiotherapy, chemotherapy and pharmacological treatments (Shen *et al.* 2002). Relaxation is now viewed as a core component of such interventions, and comprises an essential element of specific rehabilitation programmes run at the Royal Marsden Hospital, Europe's largest cancer centre.

<p><i>Reynolds, F., &amp; Prior, S. (2006). The role of art-making in identity maintenance: case studies of people living with cancer. European Journal of Cancer Care, 15(4), 333-341.</i></p>	<p>La gente con cáncer, no sólo necesitan apoyo emocional y cognitivo, sino que necesitan participar en actividades significativas. Estas actividades pueden entenderse como un beneficioso rol en el equilibrio familiar y dar una fuente de afrontamiento de la enfermedad.</p> <p>El arte como fuente de actividad para vivir con patología crónica.</p> <p>El arte hace expresar los miedos, reducir sentimientos “misericordiosos”</p> <p>La persona tiene diferentes identidades sociales, dependiendo de los roles sociales que adquiera y en los grupos sociales que se encuentre o pertenezca. Cuando la enfermedad interfiere en la persona, suele sentirse desconectada de ellos.</p> <p>Este estudio muestra que algunas personas mantienen una identidad personal adecuada, gracias al arte. Ayuda a la gente a resistir ser dominado por la marca del cáncer, y a promover relaciones basadas en el mutuo interés de actividades que tienen que ver con la enfermedad.</p>	<p>This study sought to understand why some people turn to visual art-making after a diagnosis of cancer, and how artistic self-expression might contribute to maintaining or reconstructing a positive identity, or sense of self. Art therapists have described certain ways in which art assists self-expression of experiences that are too stressful to put into words. Individual case studies of art-making by people with cancer suggests that art assists in expressing fears, reducing feelings of helplessness and discovering inner resources (e.g. Minar 1999). Some people with cancer explore the meanings of past, present and future during art therapy, thereby integrating cancer into their life story and giving it meaning (Borgman 2002). Art activities have also been shown to foster group support and mutual understanding among patients with cancer (e.g. Predeger 1996).</p> <p>The study showed that some people with cancer maintain a positive identity through engaging in art as a leisure activity. Biographical factors were relevant to discovering or intensifying involvement in art-making after a cancer diagnosis, although serendipitous factors also played a role. Art strengthened personal and social identity in many ways. For example, it helped people to resist being dominated by the cancer label, and promoted relationships based on mutual interests rather than illness. Individuals emphasized certain distinctive motives for art making after cancer diagnosis, including proving oneself, contributing to others, taking up new challenges and finding a way of retaining long-standing interests. These motives seemed to characterize participants' familiar identities and ways of living prior to cancer</p>
---	--	---

<p><i>Palmadottir, G. (2010). The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: a qualitative study. Scandinavian journal of occupational therapy, 17(4), 299-307.</i></p>	<p>La participación ocupacional en un ambiente seguro y de apoyo, tiene propiedades restaurativas.</p>	<p>The results support that occupational participation in a safe and supportive environment has powerful restorative properties. Rehabilitative and supportive services should be based on a holistic perspective and emphasize the healthy aspects of a women's life. Furthermore, occupational therapists need to widen their approach when working with women with breast cancer and focus on their needs as occupational beings.</p>
<p><i>SVENSK, A. C., Öster, I., Thyme, K. E., Magnusson, E., Sjödin, M., Eise-mann, M., ... &amp; Lindh, J. (2009). Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. European journal of cancer care, 18(1), 69-77.</i></p>	<p>Este estudio muestra que la arteterapia, como una terapia complementaria juega un importante rol para mujeres con cancer de mama. Y por consiguiente en el cuidado de otros pacientes con cáncer.</p>	<p>This study shows that art therapy as a complementary therapy can play an important role in routine practice for women with breast cancer. The results from our studies, taken together, strongly support art therapy as a powerful tool in rehabilitation of patients with breast cancer and, presumably, also in the care of patients with other types of cancer.</p>

<p><i>VOCKINS, H. (2004), Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. European Journal of Cancer Care, 13: 45–52. doi: 10.1111/j.1365-2354.2004.00443.x</i></p>	<p>Con el aumento del reconocimiento del equipo multidisciplinario en el cuidado del paciente con cáncer, los terapeutas ocupacionales juegan un papel positivo y vital ayudando a estos pacientes a lograr sus metas y mejorar su calidad de vida.</p> <p>Se resalta la necesidad de mantener la independencia y la autonomía de los pacientes con la ayuda del terapeuta ocupacional.</p> <p>Concluyen el estudio confirmando la intervención del terapeuta ocupacional para favorecer la independencia con las actividades significativas y propositivas con el cáncer de mama.</p>	<p>With the increasing recognition that multi-professional care of the patient with cancer is essential (Cancer Plan 2000), OTs can play a positive and vital role in equipping patients to achieve their goals and improve their quality of life. This is echoed in ‘Fulfilling Lives: Rehabilitation in Palliative Care’ which promotes the life affirming contribution of the rehabilitation team, including the OT, to the palliative care of patients (National Council for Hospice &amp; Specialist Palliative Care Services 2000). The recently published guidelines ‘Improving Outcomes in Breast Cancer’ also recognize OT as part of the multidisciplinary team providing care for this specific group of patients (NICE 2002). This document highlights the need to support patients in maintaining their independence and autonomy, key priorities for OTs. OTs provide a variety of practical and psychosocial interventions to support individuals with breast cancer which are discussed below.</p>
<p><i>Cooper, J. (1998). Occupational therapy intervention with radiation-induced brachial plexopathy. European journal of cancer care, 7(2), 88-92.</i></p>	<p>La intervención del terapeuta ocupacional disminuye la discapacidad y facilita la independencia funcional.</p> <p>El terapeuta ocupacional trabaja como parte del equipo multidisciplinar.</p> <p>La terapia ocupacional tiene como objetivo promover la independencia funcional y necesita reevaluar al paciente regularmente para ver su progreso.</p>	<p>Occupational therapy intervention minimizes disability and facilitates optimum functional independence.</p> <p>The range of dysfunction experienced by patients with radiation-induced brachial plexopathy includes physical, psychological, emotional and social difficulties. The occupational therapist works as part of the multi-professional team to use a client-centred, problem-solving approach to address the problems and enable the patient to adapt to the altered body image and disabilities.</p> <p>Occupational therapy aims to promote optimum functional independence and needs to re-evaluate the patient regularly as loss of function progresses. Intervention is based on a problem-solving approach involving:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Initial assessment.</li> <li>2. Goal setting.</li> <li>3. Implementing the treatment plan.</li> <li>4. Re-evaluation.</li> <li>5. Reassessment.</li> </ol>

<p><i>Lee, C. C. O., Hunt, J., Haley, K., &amp; Reedy, A. (2003). Part II: Making each moment count: Building a diversion- al therapy program. Clinical journal of oncology nursing, 7 (6), 685-686.</i></p>	<p>Intervención multidisciplinaria en pacientes inmunodeprimidos.</p> <p>Es necesaria una intervención entretenida de este tipo de pacientes donde son necesarios terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.</p> <p>Terapias de entretenimiento para disminuir depresión y aislamiento en largos periodos de hospitalización de estos pacientes inmunodeprimidos.</p> <p>Los pacientes se sienten mejor tras la realización de las terapias durante su estancia en el hospital.</p> <p>El desarrollo de este programa ha sido un reto, Sin embargo las enfermeras creen que las actividades son importantes para el buen estado de los pacientes mientras llevan a cabo el tratamiento de su enfermedad.</p>	<p><b>Multidisciplinary involvement:</b> Physical therapy (PT) and occupational therapy (OT) staff members from the oncology center recognize the need for diversional intervention.</p> <p>As a result, standard physician referrals for PT and OT are available for each patient. These referrals ensure an evaluation for each patient and education about the use of exercise equipment. In addition, PT and OT provide multiple DTs such as relaxation, stress management, time management, and craft activities.</p> <p>With the knowledge gained, they formulated strategies, including music, art therapy, and humor, to enhance coping skills during prolonged hospitalization. As a result, patients reported that they were better able to tolerate extended hospital stays and that time passed more quickly (Radziewicz &amp; Schneider).</p> <p>Mock et al. (1994) studied patients who walked frequently to improve physical performance, psychosocial adjustment, and symptom intensity. Patients reported an overall improvement in their levels of fatigue after their exercise. In a more recent pilot study that examined fatigue in patients with cancer (Porock, Kristjanson, Tinnelly, Duke, Developing this program has been a challenge.</p> <p>However, the nurses believe that the activities are important to the well-being of patients as they go through treatment for their disease.</p>
--	---	--

<p>Miller, J., &amp; Hopkinson, C. (2008). <i>A retrospective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care. European journal of cancer care, 17(5), 488-491.</i></p>	<p>La relajación puede ser útil reduciendo la tensión experimentada por pacientes en el cuidado paliativo y oncológico. Y es una intervención beneficiosa que los terapeutas ocupacionales pueden usar para mejorar la calidad de vida de sus pacientes.</p>	<p>The data demonstrates that relaxation can be useful adjunctively in reducing the tension experienced by patients in the oncology and palliative care setting, and is a beneficial intervention that occupational therapists can utilize to enhance the quality of life of their patients. Further study of the benefits of relaxation on occupational performance and level of function would be valuable, incorporating the use of an outcome measure such as the Canadian Occupational Performance Measure (Law <i>et al.</i> 1998) and establishing a qualitative piece of research.</p>
<p>Lyons, M., Orozovic, N., Davis, J., &amp; Newman, J. (2002). <i>Doing-being-becoming: Occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. The American journal of occupational therapy, 56(3), 285-295.</i></p>	<p>Beneficios de la terapia ocupacional con las enfermedades amenazantes y la importancia de los servicios de terapia ocupacional en los hospitales de enfermos terminales y de cuidados paliativos.</p>	<p>Our data offer fresh insights into the potential benefits of occupational engagement for people dealing with lifethreatening illnesses and suggest the importance of day hospice occupational therapy services to palliative health care. First, life-threatening illness and others' responses to it may cause people to cease <i>doing</i> many of their life's occupations. Major issues for the study participants concerned losing and maintaining occupations and preserving physical and mental functioning. Through the doing experience of occupation, they strove to maintain a sense of well-being in the face of illness. Second, participants' experiences of <i>being</i> ranged from the simple pleasures of day hospice involvement to the enhanced sense of themselves stimulated by program activities. As Wilcock (1998) stated, "Occupational therapists are in the business of helping people transform their lives by facilitating talents and abilities not yet in full use through enabling them to do and to be</p>

<p><i>Namjesky, A. (2007). [Palliative care in patients with head and neck cancer]. Wiener medizinische Wochenschrift (1946), 158 (23-24), 724-728.</i></p>	<p>Importancia del equipo interdisciplinar en el manejo del cáncer.</p>	<p>Management of this disease is best provided by an interdisciplinary team that includes individuals from the disciplines of otolaryngology, palliative care, radiation oncology, oncology, nutrition, speech, and physical and occupational therapy Palliative care is essential to the care of patients with head and neck cancer. These patients have unique physical symptoms and emotional needs relating to both the disease and its treatments. Including palliative care clinicians on the treating interdisciplinary team is a key element to improve care for patients with head and neck cancers, as well as for their family caregivers</p>
<p><i>Silver, J. K., Baima, J., Newman, R., Galantino, M. L., &amp; Shockney, L. D. (2013). Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society. Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation.</i></p>	<p>Más. Que no me déja copiar y pegar este archivo</p>	<p>Beneficial interventions may include physical, occupational or psychosocial therapy interventions that address an individual's limitations (i.e., joint range of motion, pain, gait, and strength) or specific diagnoses (i.e., chemotherapy induced peripheral neuropathy, radiation-induced fibrosis syndrome, lymphedema, postmastectomy pain syndrome, depression, or anxiety).</p>
<p><i>Alysa Fairchild, Sharon Watanabe, Carole Chambers, Janice Yurick, Lisa Lem, Patty Tachynski. Initiation of a multidisciplinary summer studentship in palliative and supportive care in oncology. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2012:5 231-239</i></p>	<p>Demuestra mejoras en el tratamiento multidisciplinar con TO incluido en niños oncológicos en un campamento de 6 semanas</p>	

<p><i>Lemoignan, J., Chasen, M., &amp; Bhargava, R. (2010). A retrospective study of the role of an occupational therapist in the cancer nutrition rehabilitation program. Supportive care in cancer, 18 (12), 1589-1596.</i></p>	<p>Los terapeutas ocupacionales están entrenados para intervenir de un modo holístico para dirigir todas las esferas de las actividades de la persona y su calidad de vida.</p> <p>La mayoría de las intervenciones del terapeuta ocupacional se centran en desarrollar actividades de ocio, seguido de actividades productivas y por último de autocuidado.</p>	<p>It is suggested that OTs practicing in oncology use a variety of interventions to better address productive and leisure activities. The data suggests that limitations in these areas were more prevalent than in self-care activities. The majority of OT interventions focused on developing leisure activities (54%) followed by productive activities (32%) and self-care (14%). The leisure domain was addressed most often because, in accordance with the Canadian model of occupational performance, engaging in physical exercise was considered a leisure activity. However, in light of the importance of physical exercise as part of a healthy lifestyle to reduce the risks of other chronic diseases in the future [16] and in accordance with the international classification of impairments, disabilities, and handicaps (<a href="http://www.who.int/classifications/icf/en/">http://www.who.int/classifications/icf/en/</a>), exercising could be included in the domain of self-care activities as it related to looking after one's health. The implication of OT in leisure activities was the area well documented in relation to cancer. The literature included many references that attest to the benefits of engaging in purposeful, meaningful leisure activities to improve quality of life and general well-being in the context of a life-threatening illness. Occupational therapists are trained to intervene in a holistic, patient-Education centered fashion to address all domains of a person's activities and quality of life. Furthermore, they recognize and address the impact of the illness on the physical, cognitive, and psychosocial components of function. Thus, effective comprehensive cancer rehabilitation includes an approach from an interdisciplinary treating team including the skills and expertise of the OT.</p>
<p><i>Crompton, 2004</i></p>	<p>El paciente con un deterioro en su condición necesita ejercitar el control y dar significado sobre su vida. Debe de ser animado a realizar actividades de conservación de energía que sean importantes para el en las áreas de cuidado y ocio.</p>	<p>The patient with a deteriorating condition needs to exercise control and find meaning in life. He or she should be encouraged to conserve energy for activities that are important to him/her in the areas of self-care and leisure.</p>

<p><i>Crompton, 2004</i></p>	<p>La terapia ocupacional tiene papel tanto en enseñar al paciente como a los cuidadores técnicas de conservación de energía, cambios en los estilos de vida y formas alternativas de vida y actividades de ocio.</p>	<p>Occupational therapy has a role in educating both patient and carers about energy conservation, lifestyle changes, leisure activities, and alternative living.</p>
<p><i>Roberts, 1999</i></p>	<p>La evaluación multidimensional es necesaria. Algunos síntomas responden a intervenciones farmacológicas, otros es mejor dirigirlos por terapia expresiva/de apoyo, terapia ocupacional y fisioterapia.</p>	<p>Multi-dimensional assessment is necessary. Some symptoms respond to pharmacological interventions, others are better managed by expressive/supportive counseling, occupational therapy and physiotherapy.</p>
<p><i>Occupational intervention in Cancer. Guidance for professionals, managers and decision-makers. College of occupational therapists os UK</i></p>	<p>Guía para la práctica de terapia ocupacional con enfermos de cáncer</p>	
<p><i>Souraya, S. (2013). PATIENTS'WORDS INTO ACTION: OCCUPATIONAL THERAPY APPROACHES IN RAFIK HARIRI UNIVERSITY HOSPITAL LEBANON. BMJ Supportive &amp; Palliative Care, 3(2), 254-254.</i></p>	<p>Se muestran resultados cualitativos del impacto de la terapia ocupacional en la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias</p>	<p>The first and unique occupational therapy service in Oncology in Lebanon has started in 2010 at the Rafic Harriri University Hospital. This service was the only psycho-social support provided for cancer patients at this hospital. Thus, many challenges were faced by the team working due to the novelty of this field and the lack of funding. Nevertheless, this service has succeeded in improving the quality of life of those patients and their families.</p>

<p><i>Moro Gutierrez L, Domingos Videira S, Fernandez-Conde M, Villares Martin A. una experiencia de Terapia Ocupacional con pacientes oncológicos. TOG (A Coruña) [ revista en Internet]. 2010 [-6/4/2014]; 7(11): [15p].</i></p>	<p>Estudio retrospectivo que demuestra que la intervención de la TO con técnicas de relajación es efectiva. Escasean evidencias de este tipo desde el área de terapia ocupacional, ya que la mayoría de los estudios son a través de enfermería.</p> <p>Experiencia piloto en Salamanca que evidencia la efectividad de TO durante el tratamiento de quimioterapia</p>	
<p><i>CAMPO, E. OCCUPATIONAL THERAPY EVOLUTION IN ONCOLOGY FIELD.</i></p>	<p>Revisión bibliográfica de las publicaciones referidas a oncología y terapia ocupacional durante las cuatro últimas décadas, permite concluir que existe un creciente y sostenido interés de los terapeutas ocupacionales por investigar este ámbito.</p>	

## 7-. Conclusiones

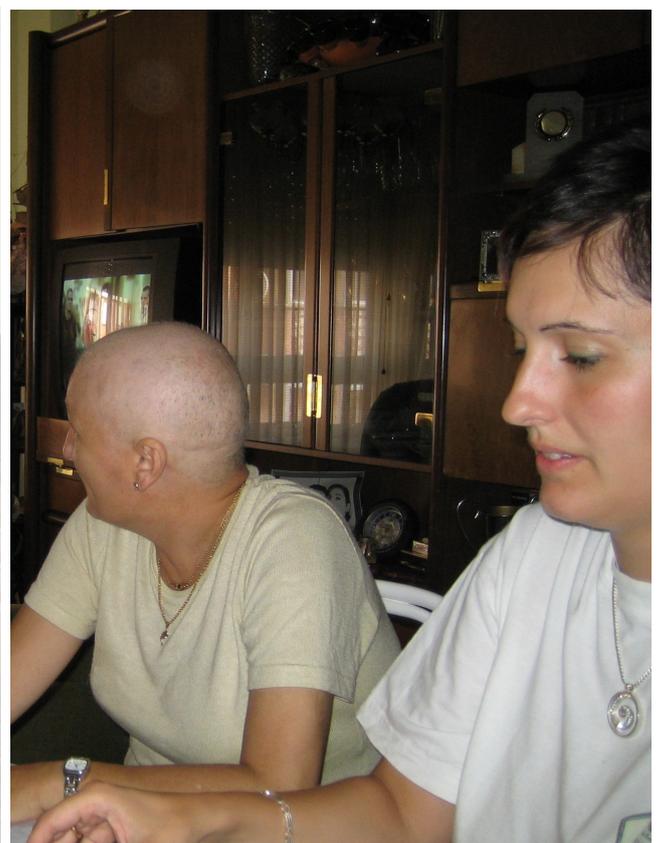
Tras el trabajo reflejado en este artículo demostramos por una parte todos los ámbitos de intervención del perfil del Terapeuta Ocupacional en pacientes oncológicos, y por otra, ponemos en evidencia con numerosos estudios y artículos científicos que nuestro trabajo es efectivo.

Es efectivo tanto como para el paciente como para el Sistema Sanitario y Económico de la Comunidad Foral, ya que queda claro que se disminuye los niveles de dependencia de la persona, aumenta su calidad de vida, y consecuentemente no necesitará de otros servicios o tratamientos que actualmente tienen un coste más elevado. Además de los tratamientos o estancias hospitalarias que los pacientes oncológicos consumen, cuando la enfermedad desaparece y las secuelas no son tratadas de la mejor forma posible, la persona puede pasar a tener un grado de dependencia o minusvalía más elevado, y consecuentemente las prestaciones a las que tienen derecho serán más elevadas.

Tal y como se publica en la Web del Gobierno de Navarra: “La combinación de factores demográficos y sociales está produciendo un notable aumento en el número de dependientes, entendiendo por “dependientes” aquellas personas que presentan una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y , por lo tanto, necesitan de la ayuda de otras para poder desenvolverse”(16), creemos que desde la Terapia Ocupacional se puede intervenir haciendo que el numero de dependientes sea menor, y por supuesto ocupándonos de la esencia de nuestra profesión, la búsqueda de la autonomía funcional y el desarrollo de actividades de la vida diaria.

Además, “En Navarra, el sistema de protección y atención a la dependencia se nutre de dos ambiciosas normas que sustentan el actual sistema: [La Ley foral 15/2006](#) de Servicios Sociales y La [Ley 39/2006](#), de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.”(17, 18), por lo que desde Terapia Ocupacional reclamamos una intervención multidisciplinar que se comprometa tanto con el paciente como con el Sistema Navarro de Salud, ofreciendo beneficios en todos los sentidos. El cáncer es una enfermedad que al pasar por diferentes estadios y tratamientos puede dejar secuelas muy diferentes, pero desde el inicio de la enfermedad hasta el final, la persona sufre cambios en sus actividades cotidianas y presenta dificultades en alguna de las áreas ocupacionales.

Desde hace años hasta la actualidad la bibliografía sobre el cáncer y la terapia ocupacional ha ido creciendo (14), lo cual demuestra que existe un creciente interés por parte de los Terapeutas Ocupacionales o por parte de otras profesiones, en investigar en éste ámbito y en ofrecer un tratamiento eficaz que no sea el puramente médico.



## 8-. Bibliografía

1. Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (COTONA-NALTE): Dossier: Intervención en Demencias desde Terapia Ocupacional; 2013
2. Kierlhofner G. Modelo canadiense del desempeño ocupacional. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ºed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006
3. World Federation of Occupational Therapists (sede web). Definición de Terapia Ocupacional. <http://wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
4. Pilar Carrasco, Terapia Ocupacional en la fase final de la vida, Junio 2011, Madrid
5. Jill Cooper, Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. Ed. Whurr Publishers, 1997.
6. Philip Rubin MD, Jacqueline P Williams PhD. Oncología clínica: enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes. 8º ed. Madrid: Elsevier Science; 2003
7. Ley Foral 17/2010, de 8 de Noviembre de Derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.
8. Ley Foral 10/1990, de 23 de Noviembre, de Salud de Navarra“La asistencia sanitaria especializada servirá de apoyo médico y quirúrgico a la atención primaria de salud y colaborará en los programas de prevención, educación sanitaria, atención de urgencias, interconsulta y consulta especializada, tanto en régimen hospitalario como extrahospitalario, y participación en actividades docentes. Desarrollará sus actividades en coordinación con los servicios correspondientes del hospital de área.”
9. Ley de dependencia
10. Espasadín García, L. Intervención de la adherencia en la terapia endocrina adyuvante en el cáncer de mama (trabajo fin de master). A Coruña: Facultad de Ciencias da Saúde; 2011
11. Gonzalez Barron M, coordinador. Oncología clínica básica Vol.2 Patología especial. 2º Ed Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998
12. Gomez Couto N. Efectos de un programa de actividad física sobre el linfedema en mujeres mastectomizadas tras cáncer de mama (trabajo fin de master). A Coruña: Facultad de Ciencias da Saúde; 2010
13. Maria de Lima, Távora T, Magalhaes R, Gimenez M. Señales de la mujer con cancer de mama, sus relaciones sociales. Enfermería Integral 2006:15.
14. Erna Navarrete Salas. Evolucion de la terapia ocupacional en el campo de la oncología. TOG Nº4, Septiembre 2006.
15. INE
16. Pagina Web del Gobierno de Navarra. [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Asuntos+sociales/Dependencia/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Dependencia/)
17. [La Ley foral 15/2006](#) de Servicios Sociales.
18. [Ley 39/2006](#), de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
19. Guia de intervención en la practica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia. Productos de apoyo para la dependencia personal. Ministerio de Salud y Asuntos Sociales.
20. Instituto Nacional de Estadística, Web:

- <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
21. Miller J & Hopkinson C. (2008), European Journal of Cancer Care 17, 488-491, A reperspective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care.
  22. Moro Gutierrez L, Domingos Videira S, Fernandez-Conde M, Villares Martin A. una experiencia de Terapia Ocupacional con pacientes oncológicos. TOG (A Coruña) [ revista en Internet]. 2010 [-6/4/2014]; 7(11): [15p].
  23. A randomised trial of psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). BMC Cancer 20012 11:48.
  24. Alysa Fairchild, Sharon Watanabe, Carole Chambers, Janice Yurick, Lisa Lem, Patty Tachynski. Initiation of a multidisciplinary summer studentship in palliative and supportive care in oncology. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2012;5 231-239
  25. Julie K. Silver, Jennifer Baima, Robin Nweman, Mary Lou Galantino and Lillie D. Shockney. Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society. Work 46 (2013) 455-472. COI 10.3233/WOR - 131755 IOS Press
  26. Lene Thorsen, Gunhild M Gjerset, Jon Havard Loge, Cecilie E. Kiserud, Eva Skovlund, Tone Flotten & Sophie D. Fossa. Cancer patients' needs for rehabilitation services. Acta oncologica 2011; 50: 212-222
  27. Miriam Frost, The role of physical, occupational, and speech therapy in hospice. Patient empowerment. American Journal of Hospice & Palliative Care. Volume 18, Number 6, November/December 2001.
  28. Barbara Dennis. Acquired Lymphedema: A Chart Review of Nine Women's Responses to Intervention. The American Journal of Occupational Therapy, Volume 47, Number 10, October 1993
  29. Gómez Tolón, Jesús: "Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional". Zaragoza, Mira editores, 1997. (p.17)
  30. <http://www.cot.co.uk/strategic-plans/interface-integration>
  31. Redondo, R. V. Terapia Ocupacional y Cuidados Paliativos.
  32. López, B. P. (Ed.). (2010). Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Ed. Médica Panamericana.
  33. Molina, P. D., & Tarrés, P. P. (1997). Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Masson.
  34. Kielhofner, G. (2004). Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. Ed. Médica Panamericana.
  35. Robb, K. (2009). CANCER PAIN. *Rehabilitation in Cancer Care*, 280.
  36. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/362/Appendix%20VI%20-%20Role%20of%20Occupational%20Therapy%20in%20Cancer%20Care%20-%20Specialist%20Group%20Information.pdf>
  37. <http://sunnybrook.ca/content/?page=odette-cancer-centre>

## 9-. Anexos

### Anexo I: índice de Barthel

<b>INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria</b>		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer		
- Totalmente independiente		10
- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.		5
- Dependiente		0
Lavarse		
- Independiente: entra y sale solo del baño		5
- Dependiente		0
Vestirse		
- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos		10
- Necesita ayuda		5
- Dependiente		0
Arreglarse		
- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.		5
- Dependiente		0
Deposiciones (valórese la semana previa)		
- Continencia normal		10
- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas		5

- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	
- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
- Incontinencia	0
Usar el retrete	
- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
- Dependiente	0
Trasladarse	
- Independiente para ir del sillón a la cama	15
- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
- Dependiente	0
Deambular	
- Independiente, camina solo 50 metros	15
- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
- Dependiente	0
Escalones	
- Independiente para bajar y subir escaleras	10
- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
- Dependiente	0

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo II: Medida de independencia funcional (FIM):

**FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE™ AND FUNCTIONAL ASSESSMENT MEASURE  
Brain Injury**

Scale:

- 7 Complete Independence (timely, safely) *(Patient Stamp)*
- 6 Modified Independence (extra time, devices)
- 5 Supervision (cuing, coaxing, prompting)
- 4 Minimal Assist (performs 75% or more of task)
- 3 Moderate Assist (performs 50%-74% of task)
- 2 Maximal Assist (performs 25% to 49% of task)
- 1 Total Assist (performs less than 25% of task)

<u>SELF CARE ITEMS</u>	Adm	Goal	D/C	F/U
1. Feeding				
2. Grooming				
3. Bathing				
4. Dressing Upper Body				
5. Dressing Lower Body				
6. Toileting				
7. Swallowing*				
<u>SPHINCTER CONTROL</u>				
8. Bladder Management				
9. Bowel Management				
<u>MOBILITY ITEMS (Type of Transfer)</u>				
10. Bed, Chair, Wheelchair -----				
11. Toilet -----				
12. Tub or Shower -----				
13. Car Transfer* -----				
<u>LOCOMOTION</u>				
14. Walking/Wheelchair (circle)				
15. Stairs				
16. Community Access*				
<u>COMMUNICATION ITEMS</u>				
17. Comprehension-Audio/Visual (circle)				
18. Expression-Verbal, Non-Verbal (circle)				
19. Reading*				
20. Writing*				
21. Speech Intelligibility*				
<u>PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT</u>				
22. Social Interaction				
23. Emotional Status*				
24. Adjustment to Limitations*				
25. Employability*				
<u>COGNITIVE FUNCTION</u>				
26. Problem Solving				
27. Memory				
28. Orientation*				
29. Attention*				
30. Safety Judgement*				

\*FAM items

Admt	Date	D/C	Date	Admt	Date	D/C	Date
RN	_____	_____	_____	ST	_____	_____	_____
PT	_____	_____	_____	PSY	_____	_____	_____
OT	_____	_____	_____	REC	_____	_____	_____

Anexo III: Test de Lawton & Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria:

Paciente.....		Edad.....		Sexo.....	
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria					
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>				<b>Puntos</b>	
1.	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc				
2.	Marca unos cuantos números bien conocidos			1	
3.	Contesta el teléfono pero no marca			1	
4.	No usa el teléfono			0	
<b>B. IR DE COMPRAS</b>					
1.	Realiza todas las compras necesarias con independencia			1	
2.	Compra con independencia pequeñas cosas			0	
3.	Necesita compañía para realizar cualquier compra			0	
4.	Completamente incapaz de ir de compras			0	
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>					
1.	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia			1	
2.	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes			0	
3.	Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada			0	
4.	Necesita que se le prepare y sirva la comida			0	
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>					
1.	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)			1	
2.	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama			1	
3.	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable			1	
4.	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa			1	
5.	No participa en ninguna tarea doméstica			0	
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>					
1.	Realiza completamente el lavado de ropa personal			1	
2.	Lava ropa pequeña			1	
3.	Necesita que otro se ocupe del lavado			0	
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>					
1.	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche			1	
2.	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público			1	
3.	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona			1	
4.	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros			0	
5.	No viaja			0	
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>					
1.	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas			1	
2.	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas			0	
3.	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación			0	
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>					
1.	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos			1	
2.	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc			1	
3.	Incapaz de manejar el dinero			0	

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos



**COTONA·NALTE**

Colegio de Terapeutas  
Ocupacionales  
de Navarra

Nafarroako  
Lan-Terapeuten  
Elkartzea