

Universidad Abierta Interamericana



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Trabajo Final Integrador

Licenciatura en Terapia Ocupacional

**“DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA INSTRUMENTALES EN MUJERES DE 25 A 45 AÑOS CON
CÁNCER DE MAMA EN FASE 2y3, EN SU ROL MATERNO”**

Alumno: Paula Paz Molina Fuentes

Director de tesis Lic. Mariana Bonetto

Tutor metodológico: Lic. Florencia Durand

Año:2021

INDICE

<u>1</u>	<u>TEMA</u>	<u>4</u>
<u>2</u>	<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>4</u>
<u>3</u>	<u>PALABRAS CLAVES</u>	<u>4</u>
<u>4</u>	<u>RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN</u>	<u>4</u>
4.1	<u>EN RELACIÓN A LA RELEVANCIA SOCIAL</u>	<u>4</u>
4.2	<u>EN CUANTO A LA RELEVANCIA TEÓRICA</u>	<u>4</u>
4.3	<u>EN RELACIÓN A LA RELEVANCIA PRÁCTICA</u>	<u>4</u>
<u>5</u>	<u>HIPÓTESIS (SI LA HUBIERE)</u>	<u>4</u>
<u>6</u>	<u>VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN:</u>	<u>4</u>
6.1	<u>VARIABLE/S DEPENDIENTE/S:</u>	<u>4</u>
6.2	<u>VARIABLE/S INDEPENDIENTE/S:</u>	<u>4</u>
<u>7</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>4</u>
7.1	<u>OBJETIVO GENERAL</u>	<u>4</u>
7.2	<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u>	<u>4</u>
<u>8</u>	<u>MARCO TEÓRICO</u>	<u>4</u>
8.1	<u>ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA</u>	<u>4</u>
<u>9</u>	<u>METODOLOGÍA</u>	<u>4</u>
9.1	<u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>4</u>
A.	<u>SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO</u>	<u>4</u>
B.	<u>SEGÚN EL MOMENTO DEL OBJETO EN EL TIEMPO</u>	<u>4</u>
C.	<u>SEGÚN EL ENFOQUE METODOLÓGICO</u>	<u>4</u>
9.2	<u>UNIVERSO Y MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</u>	<u>4</u>

<u>9.3</u>	<u>FUENTES Y/O INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	<u>5</u>
<u>9.4</u>	<u>PLAN DE TRABAJO:</u>	<u>5</u>
<u>10</u>	<u>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</u>	<u>5</u>
<u>10.1</u>	<u>PROCESAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN</u>	<u>5</u>
<u>10.2</u>	<u>ANÁLISIS</u>	<u>5</u>
<u>11</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>5</u>
<u>12</u>	<u>CONCLUSIÓN Y PROPUESTA</u>	<u>5</u>
<u>13</u>	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>5</u>
<u>13.1</u>	<u>BIBLIOGRAFÍA IMPRESA</u>	<u>5</u>
<u>13.2</u>	<u>BIBLIOGRAFÍA TECNOLÓGICA</u>	<u>5</u>
<u>14</u>	<u>ANEXOS</u>	<u>5</u>

1. Tema

Mujeres de 25 a 45 años, con cáncer de mama en estadio 2 y 3, en su desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria instrumentales, en su rol materno.

2. Planteamiento del problema

Conociendo las dificultades que conlleva el diagnóstico de cualquier tipo de Cáncer, y por los procesos que se deben someter las pacientes, en la presente investigación se desea analizar las dificultades que atraviesan las mujeres de 25 a 45 años con Cáncer de mama en estadio 2 y 3 en sus Actividades de la Vida Diaria Instrumentales en el desempeño de su rol materno. Se sabe intuitivamente que las actividades de la vida diaria y el cuidado de otros, durante el Cáncer de mama, presenta dificultades, y se propone analizar cuáles se ven más afectadas, en qué porcentajes, y si realmente esto es así, por lo cual surge la pregunta problema que nos permitirá desarrollar la presente investigación ¿Durante el estadio 2 y 3 del Cáncer de mama las mujeres presentan dificultades en la AVDI, rol materno?

Existe posibilidad de que las mujeres de 25 a 45 años con Cáncer de mama en estadio 2 y 3 presenten dificultad en sus Actividades de la Vida Diaria Instrumentales en el desempeño de su rol materno.

3. Palabras Claves

Cáncer de mama, oncología, terapia ocupacional, actividades de la vida diaria instrumentales, rol materno.

4. Relevancia y justificación

4.1 En relación a la **relevancia social**

El Cáncer de mama, es el principal Cáncer a nivel mundial, ya que las estadísticas indican que afecta a millones de mujeres cada año en el Mundo, siendo las mujeres quienes se encargan en la mayoría de las familias, de la crianza y tareas relacionadas al cuidado de los hijos, cuando la figura materna se enferma, el impacto en el desempeño ocupacional del rol materno es enorme. Debiendo atravesar por tratamientos que la imposibilitan a llevar a cabo las actividades de la vida diaria, como antes de comenzar sus tratamientos de quimioterapia y/o rayos. Lo que influye en una nueva reorganización de las tareas, teniendo que delegar en otros por ejemplo: los traslados de los niños al colegio o guardería; el cuidado de los niños, el desvestido, bañado, secado y vestido de los niños, el tiempo de juego con los niños, entre otras cuestiones. Esto se ve imposibilitado para la mujer que atraviesa la enfermedad porque resultado de sus tratamientos, no pueden realizar actividades que requieran esfuerzo físico por la fatiga que generan los mismos. La presente investigación dejará asentado como el cáncer de mama estadio 2 y 3 afecta el desempeño de las avdi, específicamente del rol materno, y dará la posibilidad de generar nuevas investigaciones donde abarcar más sobre las patologías oncológicas y los estadios anteriores a los cuidados paliativos.

4.2 Relevancia teórica

En Argentina, la mayoría de las mujeres que son madres, y se encuentran en el grupo etáreo de 25 a 45 años de edad, ejercen diversas actividades de la vida diaria instrumentales, tales como: llevar y traer a sus hijos a la guardería/jardín de infantes/colegio, y además cumplen otras

actividades laborales, tareas hogareñas en las que se ven implicados los niños (bañarlos, preparación de sus comidas, ayuda con las tareas escolares si las hubiera, además de jugar con ellos). (Avila Alvarez, Martinez Piedrola, Matilla Mora, Bocanegra, Méndez Méndez, Talavera Valverde, 2008)

Las mujeres que padecen cáncer de mama y a su vez son madres, habitualmente tendrán dificultades en llevar a cabo su vida tal cual la experimentaban antes del diagnóstico/tratamiento. Estas personas pueden experimentar una liberación de los roles sociales para asistir a su rehabilitación, pero la reanudación de tales roles, especialmente para aquellos con una discapacidad grave o una enfermedad crónica, puede seguir siendo un interrogante. Si reanudarán estos roles y, en caso afirmativo, cómo y cuándo lo harán, se convierte en el objeto de su proceso de rehabilitación y en el foco de gran parte de la intervención de terapia ocupacional. Ésta también es la experiencia de las personas que se recuperan de enfermedades tan impredecibles como el cáncer. (Frank A, 1991, p 59-60)

Cuando un diagnóstico de enfermedad como cáncer llega a la vida de una mujer, se ven afectadas todas las áreas de la vida diaria casi por completo ya que no puede ejercer, al estar en tratamientos tan debilitantes como la quimioterapia y/o rayos, o someterse a cirugías, que dichas actividades deberán ser ejercidas por otras personas. Y esto impactará en el estado de ánimo de muchas de estas mujeres ya que acostumbraban a realizarlas. En la presente investigación se dará a conocer cómo se ven afectadas las AVDI, rol materno, ya que no existen otras investigaciones al respecto, ésta dará el puntapié inicial para conocer teórica y empíricamente cuáles son las modificaciones que sufre la AVDI rol materno en mujeres con cáncer de mama estadio 2 y 3.

4.3 En relación a la **relevancia práctica**

En cuanto a la Relevancia Práctica se lleva a cabo esta investigación ya que el Cáncer de mama es el Cáncer más frecuente a nivel mundial y a nivel nacional. En cuanto a la tasa de incidencia, se estiman 125.8 casos por cada 100.000 habitantes. La probabilidad estimada de desarrollar **cáncer de mama** siendo mujer es de 1 de cada 8. Afectando a muchas mujeres que sufrieron esta enfermedad, a edades tempranas, entre 25 y 45 años. Estas mujeres a su vez son madres o tienen personas a su cuidado, que además de la carga emocional que conlleva esta enfermedad, les afecta directamente en cuanto a su desempeño y en cuanto a su calidad de vida, ya que es una enfermedad que aún muchas personas la relacionan con la muerte pese a que actualmente gracias a los avances científicos el pronóstico de la enfermedad es mucho más alentador que hace años atrás. También gracias a los mayores controles que las mujeres realizan, aunque cabe destacar que gran número de mujeres que no tienen acceso a un sistema de salud eficiente, quedan postergadas y afectadas al tener detecciones de la enfermedad cuando ésta ya se encuentra en estadíos más avanzados. La posibilidad de relevar la forma en que afecta el cáncer de mama en cuanto al rol materno nos dará la posibilidad como terapistas ocupacionales a trabajar sobre este campo dadas las incumbencias de la práctica que nos compete, sabiendo que la profesión puede ser de gran utilidad no solo en tratamientos paliativos sino también crear un campo de acción en aquellas mujeres en estadío 2 y 3 de cáncer de mama. Para ver reflejados los cambios en las avd, específicamente en el rol materno, se llevará a cabo esta investigación. ¿Las mujeres de 25 a 45 años con cáncer de mama en estadío 2 y 3, tienen presentan cambios en AVDI, rol materno?

1. Hipótesis

Durante el estadio 2 y 3 del cáncer de mama las mujeres presentan dificultades en la AVDI, rol materno.

1. Variables de la investigación:

1. Variable/s dependiente/s: VIDA DIARIA INSTRUMENTALES, ROL MATERNO

2. Variable/s independiente/s: MUJERES DE 25 A 45 AÑOS CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADÍO 2 Y 3

3. Objetivos

4. Objetivo general

Analizar si las mujeres de 25 a 45 años con Cáncer de mama en estadio 2 y 3 presentan dificultades en el Desempeño Ocupacional de sus Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, Rol Materno. Madres de niñas y niños de 0 a 10 años.

1. Objetivos específicos

-Analizar la AVDI, rol materno de las madres de 25 a 45 años, con Cáncer de mama, previo al diagnóstico.

-Registrar cuales son los indicadores de las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, rol materno, que presentan mayores dificultades para llevarse a cabo, de las mujeres con cáncer de mama durante el estadio 2 y 3.

-Comparar el estado de situación del rol materno previo al diagnóstico, y durante el mismo.

1. Marco Teórico

Del latín *feminīnus*, el término femenino se refiere a aquello que resulta propio, relativo o perteneciente a las mujeres. Se trata, por lo tanto, de algo o alguien que dispone de las características distintivas de la feminidad. Un ser que pertenece al sexo femenino está dotado de órganos para ser fecundado. Esto quiere decir que los integrantes del género femenino producen las células sexuales que se conocen como óvulos. (Pérez Porto y Merino, 2012).

El **cáncer** es una neoplasia maligna. Las neoplasias son proliferaciones de células anormales que se originan en los tejidos corporales. Estas células anormales habitualmente forman una masa sólida o un tumor, como en el cáncer de mama. En otros casos, como en la leucemia, en la que las células anormales son linfocitos, no constituyen tumores sólidos. Las neoplasias se caracterizan como malignas cuando invaden las células circundantes, alterando la función de esas células. Los tumores malignos también pueden dar lugar a metástasis o enviar células anormales a otras partes del organismo por medio del sistema sanguíneo o linfático. La rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento del cáncer se denomina oncología.

El cáncer puede tener un grado bajo o grado alto de malignidad. Los tumores de bajo grado suelen tener un crecimiento más lento, y sus estructuras celulares son más uniformes y constantes. Con frecuencia responden bien a la cirugía, la quimioterapia, el tratamiento hormonal y la radiación. Un ejemplo de tumor de bajo grado es el cáncer de próstata. El adenocarcinoma (enfermedad maligna del tejido epitelial de una glándula) de la próstata tiene un crecimiento bastante lento y no es altamente metastásico. Por el contrario los tumores de alto grado son de crecimiento rápido y tienden a producir metástasis a otros órganos. En general, son más

resistentes al tratamiento oncológico convencional. Un ejemplo de tumor de alto grado es el cáncer de mama inflamatorio. Es agresivo, resistente a la quimioterapia y a la radioterapia, y da metástasis fácilmente en otros órganos (p. ej. pulmón, encéfalo, hígado y huesos).

Los cánceres son estadificados desde el momento del diagnóstico hasta la progresión de la enfermedad. Existen muchos sistemas de estadificación en uso. Tal vez el sistema más fácil de comprender es el sistema de tumor, metástasis, ganglio. La presencia de tumores y el número de tumores primarios se designan con "T" número. El número de metástasis está representado por la "M", y la "N" significa el número de ganglios. Por ejemplo, T1, M0, N0 es un tumor detectable que no se ha propagado. El pronóstico general depende aún de la virulencia del tipo tumoral propiamente dicho, pero la estadificación le indica a los terapeutas que el cáncer fue detectado antes de que diera cualquier diseminación perceptible de la enfermedad. Por el contrario, el estadio T1, M2, N1 corresponde a una enfermedad más avanzada (Burkhardt y Joachim, 1996).

En el trabajo final integrador abordaremos solo el cáncer de mama. Éste se inicia usualmente en los conductos mamarios (y por ello se denomina carcinoma ductal), aunque un 10% se inicia en los lóbulos mamarios (y se denomina entonces carcinoma lobulillar). Se sospecha que la mayoría de los carcinomas ductales se inician en una forma no invasiva (y por tanto, no grave en sí misma) que se denomina carcinoma intraductal. Este carcinoma intraductal (que debería cambiar su nombre para evitar alarmas innecesarias) no puede extenderse a distancia dando metástasis y por tanto se cura siempre por resección local. Sin embargo, si no se trata, algunos carcinomas intraductales pueden transformarse con el tiempo en cáncer invasivo, originando un verdadero cáncer de mama. El cáncer invasivo o infiltrante de mama puede extenderse localmente dentro de la mama, puede llegar a infiltrar la piel o los músculos pectorales y puede también extenderse

por los conductos linfáticos a los ganglios de la axila (más raramente a los de la cadena ganglionar mamaria interna). Finalmente, el cáncer de mama puede invadir los vasos sanguíneos locales y emitir células metastásicas que pueden emigrar a órganos distantes (hueso, pleura, pulmón, hígado) dando lugar a metástasis a distancia.

De acuerdo con los niveles de extensión, la UICC clasifica el cáncer de mama en 4 estadios:

- Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastásica de la axila.
- Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastásica de la axila moderada.
- Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.
- Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado...). El pronóstico de estos estadios es muy diferente, con supervivencias aproximadas a 5 años de 95% (estadio I), 80% (estadio II), 60% (estadio III) y 25% (estadio IV). El cáncer de mama no es una enfermedad, sino una familia de enfermedades con al menos 4 tipos moleculares bien definidos (Perou et al., 2000), los tumores hormonodependientes (o luminales, que se subclasifican a su vez en luminales A y B), los tumores con amplificación del oncogén HER2 y los tumores denominados triple negativos. El 65% de los tumores de mama tienen fenotipo luminal; es decir, son HER2 negativos con receptor hormonal positivo, el 18-20% tiene sobre-expresión del receptor HER2 y el 15% restante son tumores del tipo triple negativo (HER2 negativo con receptor hormonal negativo). Estos receptores se evalúan de forma rutinaria en todos los informes anatomopatológicos de cáncer de mama y son fundamentales para predecir el riesgo, y determinar la estrategia de tratamiento. (Martín; Herrero; Echavarría, 2015).

El abordaje de los diferentes tipos de cáncer tiene como finalidad la cura o prolongación de la vida de las personas afectadas, de esta manera favoreciendo la calidad de vida a los sobrevivientes (Organización Mundial de la Salud, párr. 1). Dentro los procedimientos más comunes se encuentran: Cirugía: este procedimiento se utiliza especialmente en presencia de cáncer localizado, la extracción se realiza junto al tejido circundante para evitar la propagación de las células cancerosas. La efectividad de este método es dependiente de la propagación del tumor. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2015, párr. 2-3) Radioterapia: es implementada principalmente para tratar cánceres localizados. Su acción consiste en la destrucción y/o daño de las células cancerosas mediante rayos para impedir su crecimiento. Es utilizada a gran escala, ya que, los datos aseguran que más de la mitad de las personas reciben este tipo de tratamiento en conjunto con o sin presencia de otro método. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2015, párr. 4) 26 Quimioterapia: acción de medicamentos potentes que en general se inyectan vía venosa u oralmente de manera cíclica, ya que, requiere un periodo de recuperación para el paciente. A diferencia de los procedimientos anteriores, estos medicamentos pueden tratar el cáncer que ya se ha propagado, sin embargo, su efectividad es dependiente del tipo y etapa de cáncer en la cual se encuentra la persona. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2015, párr.10) Otros medicamentos: dentro de estos se encuentran las terapias biológicas o inmunoterapia y las terapias dirigidas. La terapia biológica utiliza el mismo sistema inmunológico para atacar el cáncer o disminuir los efectos secundarios producidos por los tratamientos anteriormente mencionados. Las terapias dirigidas luchan contra los cambios genéticos que contribuyen al crecimiento de las células cancerosas, su acción por tanto, va dirigido al funcionamiento interno de estas. A menudo estas terapias se realizan en conjunto a la quimioterapia, radioterapia y otros métodos. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2015, párr. 18-20).

Desde la terapia ocupacional, dentro de nuestro marco de trabajo, encontramos dividida en dos partes: las AVD, y las ADVI, estas últimas 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 auto-cuidado utilizadas en las AVD. Cuidado de los otros- (incluyendo seleccionar y supervisar a los cuidadores).

- Organizar, supervisar, o proveer el cuidado a otros.

-Facilitar la crianza de los niños proveer el cuidado y supervisión para respaldar las necesidades de desarrollo de un niño. (Avila Alvarez, Martínez Piedrola, Matilla Mora, Bocanegra, Méndez Méndez, Talavera Valverde, 2008, P. 10-12).

Siguiendo con el lineamiento del modelo de la ocupación humana, donde Kielhofner: expresa la definición de rol como “los roles interiorizados dan a las personas una identidad y un sentido de las obligaciones que acompañan a esa identidad. Las personas se ven como estudiantes, trabajadores y padres, y reconocen que deben comportarse de cierta manera para cumplir con esos roles. Gran parte de lo que hacen, lo hacen como cónyuge, padre, trabajador, estudiante, etc. Las expectativas que los otros sostienen para un rol sirven como guías para aprender cómo comportarse dentro de la mayoría de los roles. De tal modo, a través de la interacción con otros, las personas interiorizan una identidad, una apariencia y una forma de comportarse que pertenece al rol (Sarbin y Scheibe, 1983). Una vez interiorizado, este rol sirve como marco de trabajo para mirar el mundo y para actuar. Los roles moldean el comportamiento. Por tanto, cuando las personas participan en una ocupación en un rol dado, ese rol puede reflejarse en su estilo de vestirse, su conducta y sus acciones. Los roles colocan las expectativas de las personas para el desempeño de tareas y para el empleo del tiempo, proporcionan, por tanto, estructura y regularidad a la vida y canalizan las acciones de las personas en los patrones y las tareas

necesarias. Gracias a los roles y a los hábitos, la mayoría de las rutinas de la vida cotidiana se realizan automáticamente y previsiblemente. La habituación permite a las personas apreciar y cooperar con sus ecologías física, temporal y socioculturalmente para hacer de una forma eficiente y automática el comportamiento de rutina. (Sarhin y Scheihe, 1983).

Dentro del cuidado de un otro, aparece el rol que ejerce una mujer, el rol materno como uno de los más destacados:

El rol materno es la relación de madre e hijo de vital importancia durante los primeros años de vida del niño/a en el que se desenvuelven grandes aspectos de la personalidad: el temperamento, el carácter y la conducta social en donde se desprende una serie de reacciones afectivas que van a variar de acuerdo a cada madre e hijo atribuyendo esto una personalidad individual, Según Bowlby (2015) quien señala “Las pautas interacción que se desarrollan entre el niño y su madre sólo son comprensibles como resultado de contribuciones de uno y otro y a su vez influyen sobre la conducta del otro”. Por ende, es de importancia conocer como el desarrollo psicosocial, según las autoras Piaget, y Papalia, a través de investigaciones exponen que “Las primeras etapas del desarrollo son básicas para el futuro del niño (a) e influyen para toda la vida en la relación con los demás, el rendimiento escolar, y la capacidad para participar activamente en la sociedad”.(p.230)

Dentro del rol materno los indicadores correspondientes que van a dar el encuadre metodológico y proporcionarnos la estadística de la cual nos basaremos en los resultados provenientes de la encuesta a las mujeres entre 25 y 45 años con diagnóstico de cáncer de mama en estadio 2 y 3, en su rol materno, las mismas se efectúan pensando en retrospectiva a lo anterior inmediato al diagnóstico y lo transcurrido durante el estadio 2 y 3 del mismo.

Indicadores:

- Llevar y traer al/la niño/a al colegio/maternal
- Bañarlo/a
- Cambiarlo/a (ropa y pañales)
- Gestiones del hogar (limpiar, lavar ropa, colgar ropa)
- Prepararle las comidas y colaciones (desayuno, almuerzo, merienda, cena)
- Ayudar en tareas escolares
- Participar en el juego
- Llevarlo/a a actividades extracurriculares (cumpleaños, deporte, etc.)

8.1 Antecedentes de la Problemática

La mortalidad por cáncer de mama muestra una amplia variabilidad entre diferentes regiones y se estima que, en América Latina, aproximadamente 52 550 mujeres mueren cada año por esta enfermedad. Argentina tiene la segunda tasa de mortalidad en la Región –después de Uruguay– con una tasa de 18 por cada 100 000 en 2018, lo que representa 6 380 muertes.

Es posible controlar el cáncer de mama con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. En países industrializados, donde se han implementado programas de tamizaje, se ha demostrado un descenso de 20% en la mortalidad durante 11 años de seguimiento.

El control del cáncer de mama en Argentina, considerado un país no industrializado con recursos medianos, se debe abordar a partir de programas de información, educación y consejería que aumentan el conocimiento de las mujeres sobre los factores de riesgo y los signos y síntomas que requieren atención médica inmediata. Estos programas deben ser complementados con un tamizaje organizado para detectar el cáncer en los estadios iniciales. Todo ello implica disponer

de un sistema de salud sólido con una amplia gama de recursos financieros, humanos y educativos y con una llegada eficiente a la población.

La Resolución CSP28.R15 de la Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2012), *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: normas básicas internacionales de seguridad*, incluye requisitos específicos para la protección de los pacientes. La exposición a la radiación por motivos médicos requiere programas integrales de garantía de calidad y consideraciones especiales para justificar los programas de tamizaje.

Un estudio multicéntrico realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México demostró que existe una relación directa entre la calidad de las imágenes radiográficas y la certeza en la interpretación radiológica. En las 366 imágenes de mamografía estudiadas se comprobó concordancia entre la interpretación radiológica efectuada por un panel de expertos y la del médico local en 75% de los casos.

Varios países de América Latina han seguido diferentes caminos y se encuentran en distintas etapas de implementación de políticas sobre el control del cáncer de mama. Mientras que Brasil y México han establecido políticas nacionales integrales, Argentina, Colombia y Venezuela han logrado avances importantes pero aún no han logrado coordinar políticas nacionales.

Con el objetivo de mejorar los sistemas existentes en la detección temprana del cáncer de mama, en Argentina se inició un trabajo de concientización sobre la calidad, capacitación de recursos humanos y relevamiento del estado de los equipos instalados financiado por el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (PNCM) del Instituto Nacional del Cáncer (INC). Este depende de la Secretaría de Salud de la Nación y sigue las recomendaciones de la OPS de ofrecer la mamografía cada dos años a las mujeres a partir de los 50 años y hasta los 69 años.

En 2010, se publicaron los resultados del relevamiento de la situación del cáncer de mama en la Argentina. Si bien el análisis se centró en las provincias con alta incidencia de la enfermedad, el relevamiento fue general y abarcó todo el país. El informe reportó una heterogeneidad marcada de accesibilidad a los mamógrafos en las diferentes provincias del país. Aunque las 24 provincias argentinas contaban con mamógrafos en el sector público, la cantidad de equipos en funcionamiento variaba de una a otra. En algunos casos, la cantidad de equipos era suficiente para cubrir las necesidades de un tamizaje masivo, mientras que en otros solo permitía asegurar una cobertura cercana a la mitad de la población objetivo. En todas las provincias, los mamógrafos carecían de mantenimiento preventivo y no se llevaban a cabo controles de calidad. Ninguna provincia tenía registro de controles de calidad sistemáticos. Por otra parte, la mayoría de los equipos estaban subutilizados y funcionaban durante pocas horas al día. En las zonas alejadas de la capital provincial y de difícil acceso había gran demora en la obtención de insumos y en el mantenimiento y reparación de los equipos. También se detectó un retraso de hasta 150 días desde la realización del estudio mamográfico hasta la implementación del tratamiento. A fin de reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer de mama, el PNCM comenzó una intervención que abarcó todos los elementos que interferían con la detección temprana de la enfermedad en el sector público de salud. Se diseñó un plan de calidad dentro del PNCM para la monitorización continuada de los equipos y servicios de mamografía y para capacitar a los recursos humanos. Se consideró fundamental la capacitación de los médicos radiólogos en la lectura y el informe de la mamografía de tamizaje, así como la uniformidad en el modo de reportar los resultados de las mamografías.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados del Plan de calidad en mamografía del Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama del Instituto Nacional del Cáncer de la

República Argentina. Este consistió en la revisión y el control de calidad de instalaciones de mamografía, la capacitación de recursos humanos técnicos y médicos y la puesta en marcha de un sistema de acreditación de los servicios de mamografía por parte del INC.

(Blanco,Andisco,Jiménez, Luciani, 2019)

ESTADÍSTICA E INCIDENCIA DE CÁNCER EN ARGENTINA

Según las últimas estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC) en base a datos disponibles a nivel mundial para el año 2018, Argentina presenta una tasa de incidencia de 212 casos por 100.000 habitantes (considerando ambos sexos y todos los tumores a excepción de piel no melanoma), cifra que la posiciona dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta (rango 177 a 245,6 por 100.000 habitantes), ubicándola a su vez en el séptimo lugar en Latinoamérica. Esta estimación corresponde a más de 125.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres.

Basándose en datos provenientes de los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) de nuestro país que alcanzaron los estándares de calidad esperados, la IARC ha calculado para Argentina una incidencia de 269 casos nuevos de cáncer por año por cada 100.000 varones y 290 por cada 100.000 mujeres.

En Argentina, según las estimaciones de incidencia del Observatorio Global de Cáncer de la OMS, el cáncer de mama es el de mayor magnitud en cuanto a ocurrencia para 2018: con un volumen de más de 21.000 casos al año, representa el 17% de todos los tumores malignos y casi un tercio de los cánceres femeninos. Para cáncer colorrectal en ambos sexos se estimaron 15.692 casos nuevos para el año 2018, concentrando el 13% del total de tumores.(2018)

En la actualidad se logran identificar más de 100 tipos de cáncer, estos en general reciben el nombre de los órganos o tejidos en donde surgen las células cancerígenas, de igual manera los cánceres pueden ser llamados de acuerdo al tipo de células que lo conforman. (Instituto Nacional del Cáncer, 2015. párr. 30) En cuanto a los tipos de cáncer, estos son los cinco con mayor prevalencia en Chile hacia el año 2018: cáncer de próstata (51,2%), de mamas (40,9%), colon o colorectal (20,7%), estómago (17,8%) y pulmón (13,4%) de acuerdo a International Agency for Research on Cancer (2018). 24 De acuerdo con lo expresado en la Estrategia Nacional de Cáncer el 2016: Los tumores más frecuentes, tanto desde el punto de vista de la mortalidad, como de la carga de enfermedad son: estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y cervicouterino. Con excepción del cáncer de pulmón, Chile tiene mayor carga de enfermedad en todos los cánceres en comparación con la carga a nivel mundial. Especialmente notoria es la diferencia en cáncer de vesícula, donde Chile tiene una tasa 6,5 veces superior, próstata con una tasa 2,7 veces mayor y estómago con una tasa 1,7 veces mayor.

Comparativamente las publicaciones acerca de T.O. y oncología todavía son escasas. Sin embargo, esta revisión da luces de un interés que va en un aumento” (Navarrete, E, 2006).

Respecto a lo anterior, se evidencia la escasa cantidad de estudios o publicaciones de Terapia Ocupacional en esta área y, relacionada en su mayoría, a textos y artículos descontextualizados, ya que, responden a la prácticas o investigaciones desarrolladas en otros países.

Percepción de las mujeres con cancer de mamá sobre su desempeño ocupacional: La Terapia Ocupacional es una profesión de la salud centrada en el cliente e interesada en promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. La Organización Mundial de la Terapia Ocupacional (WFOT) subraya que el objetivo principal de la Terapia Ocupacional es permitir a las personas participar en las actividades de la vida cotidiana, para ello se trabajará con las personas y la comunidad para aumentar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan ,

o se espera que hagan, o bien; mediante la modificación de la actividad o el medio para apoyar su desempeño ocupacional. (WFOT, 2012). Se entiende por desempeño ocupacional la capacidad de elegir, organizar y desempeñar de manera satisfactoria ocupaciones significativas definidas por la cultura y adecuadas a la edad para el autocuidado, el disfrute de la vida y para contribuir con el entramado social y económico de la comunidad. El aumento de la esperanza de vida en el Cáncer de mama ha modificado el escenario en el campo oncológico. No obstante, los estudios muestran que ha dejado de ser un problema exclusivamente médico, puesto que existen repercusiones a nivel físico, psicológico y social incidiendo en la calidad de vida de las mujeres, poniendo de manifiesto la amplitud y multidimensionalidad con la que se debería de analizar y abordar. Los estudios evidencian la importancia de la intervención desde Terapia Ocupacional. Sin embargo, la mayoría refieren un enfoque de tratamiento encuadrado en un paradigma mecanicista. Percepción de las mujeres con cáncer sobre su desempeño ocupacional Así, los distintos estudios apoyan ese enfoque reduccionista de TO y refieren el rol del terapeuta ocupacional encaminado a paliar los efectos secundarios del Cáncer de mama, como son : la caída del cabello (pudiendo provocar la alteración de la autoimagen), la fatiga, la aparición de linfedema, inestabilidad emocional, entre otros. De igual modo, otros artículos, demuestran el impacto físico , psicológico y social que la cirugía puede ocasionar después de la intervención, y la relevancia del terapeuta ocupacional para preparar a la mujer para intervenir ante los posibles efectos; fundamentalmente a nivel físico el entrenamiento de la mujer antes de la cirugía puede mejorar los resultados funcionales y reducir la rehabilitación necesaria en la fase post operatoria de la recuperación cuando aparece el linfedema así como , el asesoramiento sobre las prendas de compresión, si fuera necesario.. Además, de los aspectos físicos, los estudios contemplan la intervención desde TO en aspectos psicológicos y sociales que puedan verse como comprometidos en el proceso (imagen corporal, feminidad, sexualidad, relaciones personales) capacitando a la mujer y mejorando su calidad de vida No se han encontrado artículos que vinculen el Cáncer de mama y la TO, desde un prisma mas global. No obstante, la bibliografía refiere que el cáncer de mama conlleva en la vida de las mujeres cambios en sus actividades cotidianas y repercute en sus entornos y contextos. En definitiva, aunque la literatura sobre terapia ocupacional en el campo de la oncología mamaria se ha incrementado en los últimos años la mayoría de los artículos revisados hacen referencia a una intervención reduccionista, en lugar de abarcar la esfera global de la mujer y, por ende, su desempeño ocupacional. Parece necesario

indagar en estos aspectos puesto que, si existen artículos que relacionan a el cáncer de mama con el compromiso en las actividades de la vida diaria así como con sus entornos inmediatos. Por ello se considera de interés para TO explorar vivencias de las mujeres como protagonistas del fenómeno. (Barros Pereiro, 2013)

Metodología

1. Tipo de Investigación

a. Según el grado de conocimiento

Cuasiexperimental: Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández Sampieri, 2014, p. 92)

Los diseños cuasiexperimentales también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto sobre una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos.

En los diseños cuasiexperimentales, los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están conformados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se integraron es independiente o aparte del experimento). (Hernández Sampieri, 2014, p. 151)

b. Según el momento del objeto en el tiempo

Transeccional o transversal: Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.

Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Por ejemplo, analizar el efecto que sobre la estabilidad emocional provocó dicho acto terrorista en niños, adolescentes y adultos. Pero siempre, la recolección de los datos ocurre en un momento único. (Sampieri, 2014, p. 208-209).

Exploratoria: Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (Sampieri, 2014, p. 91)

Descriptiva: Los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Sampieri, 2014, p.92).

c. Según el enfoque metodológico

Enfoque mixto o Cuali-cuantitativa: Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Creswell, 2013; Lieber y Weisner en Hernández - Sampieri, Collado y Lucio, 2014, p. 534).

Chen (2006) los define como la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno, y señala que éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”); o bien, que dichos métodos pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio (“forma modificada de los métodos mixtos”). En resumen, los métodos mixtos utilizan evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias (Creswell, 2013a y Lieber y Weisner, 2010)

Johnson et al. (2006) en un “sentido amplio” visualizan la investigación mixta como un continuo en donde se mezclan los enfoques cuantitativo y cualitativo, centrándose más en uno de ellos o dándoles el mismo “peso”, donde cabe señalar que cuando se hable del método cuantitativo se abreviará como CUAN y cuando se trate del método cualitativo como CUAL. Asimismo, las mayúsculas-minúsculas indican prioridad o énfasis. (Hernández Sampieri, 2014, p. 534)

1. Universo y muestra criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

-Mujeres de 25 a 45 años

-Diagnosticadas con cáncer de mama

- Madres de niños entre 0 a 10 años.

-Haber transitado en su enfermedad por los estadíos 2 y 3

Criterios de Exclusión:

-Mujeres que cursen con otra comorbilidad además de Cáncer de mama.

1. Fuentes y/o Instrumento de recolección de datos:

El instrumento de evaluación es una entrevista que consta de 14 preguntas cerradas y de múltiples opciones, diseñada para recolectar los datos necesarios para analizar el rol materno en mujeres entre 25 y 45 años, con diagnóstico de mama que hayan atravesado el estadio 2 y 3 de la enfermedad, la misma será enviada de manera on line, formulada en google form.

La misma cuenta con 8 indicadores, Llevar y traer al niño al colegio/maternal, Ayudar en tareas escolares, Participar en el juego, Gestión del hogar (compras independientes, orden del hogar, limpieza del hogar, lavado y colgado de ropa), Manejo en la comunidad (llevar/ traer o acompañar a actividades extracurriculares, cumpleaños, deportes, actividades de esparcimiento), Planificar, Preparar y servir comidas (desayuno, almuerzo, merienda, cena y preparado de mamadera), Higiene menor (cepillado de dientes, higiene en el inodoro, cambiado de pañales y lavado de cara y manos) e Higiene mayor (desvestir, bañar, secar y vestir), los mismos nos darán los parámetros de disfunción de las madres durante el estadio 2 y 3, comparando las

posibilidades que tenían de llevar a cabo estas actividades antes del diagnóstico de cáncer de mama.

Ver ANEXO 1

1. Plan de trabajo:

Para recabar los datos necesarios para poder analizar el rol materno en mujeres de 25 a 45 años, antes del diagnóstico de cáncer de mama y durante el estadio 2 y 3, se enviará la entrevista de forma on line. La misma será anónima, previa firma del consentimiento informado. Una vez lograda la cantidad de N de muestra = 30, que se desea para realizar una muestra preliminar, una vez recabado todos los datos procederá a realizar el procesamiento y sistematización, y el posterior análisis de resultados. Dichos cuestionarios serán enviados a pacientes que han tenido cáncer de mama y pertenecen a Lalcec y/o pertenecen a redes sociales tales como El Hilo Rosa.

1. Análisis de los resultados

Procesamiento y sistematización

El total de la muestra es de 20 de participantes de sexo femenino entre 25 a 45 años, para poder analizar el rol materno en mujeres antes del diagnóstico de cáncer de mama y durante el estadio 2 y 3.

Basados en la la entrevista no estandarizada, diseñada para esta investigación en particular, con la cual se realizó un análisis de la función materna antes y durante el desarrollo de la enfermedad, se porcentualizar su desempeño anterior y aquel desarrollado durante el periodo de enfermedad, con la finalidad de ser comparados y obtener resultados porcentuales sobre los cambios en el desempeño de la actividad.

1. Análisis.

En cuanto a la evaluación mencionada anteriormente se pudo recabar la siguiente información:

Según los resultados obtenidos de la entrevista, se dividió en tres etapas desde el diagnóstico a la actualidad lo que dio como resultados un 30 % a aquellas mujeres que fueron diagnosticadas hace menos de 5 años, entre 5 y 10 años pasado del diagnóstico un 30 % de las mujeres entrevistadas, y más de 10 años, 40 % de las mismas.

Una de las preguntas que conformaron la entrevista fue la cantidad de hijos al momento del diagnóstico el 45 % de mujeres (9) tenía solo 1 hijo al momento del diagnóstico, 6 mujeres tenían 2 hijos con un porcentaje de 30 %, 4 de ellas tenían 3 hijos 20 % del total de la muestra y solo una mujer tenía 4 hijos al ser diagnosticada, % 5.

En cuánto a los tipos de tratamientos que fueron realizados a las mujeres que participaron de la entrevista, el 5% de las mujeres solo se sometió a quimioterapia , a radioterapia fueron sometidas 10% de las mujeres con diagnóstico, un total de 6 mujeres se realizaron quimioterapia y rayos dando un 30%, quimioterapia, rayos y cirugía fueron 6 mujeres las que realizaron este tratamiento dando un porcentaje de 30%, solo el 5 % de las entrevistadas solo tomo medicación oral 5%, y 20 % solo requirió cirugía.

Resultados:

Los resultados de la comparación de los parámetros incluídos en la entrevista del antes del diagnóstico de cáncer de mama y el durante el período II y III del mismo dieron los siguientes datos obtenidos:

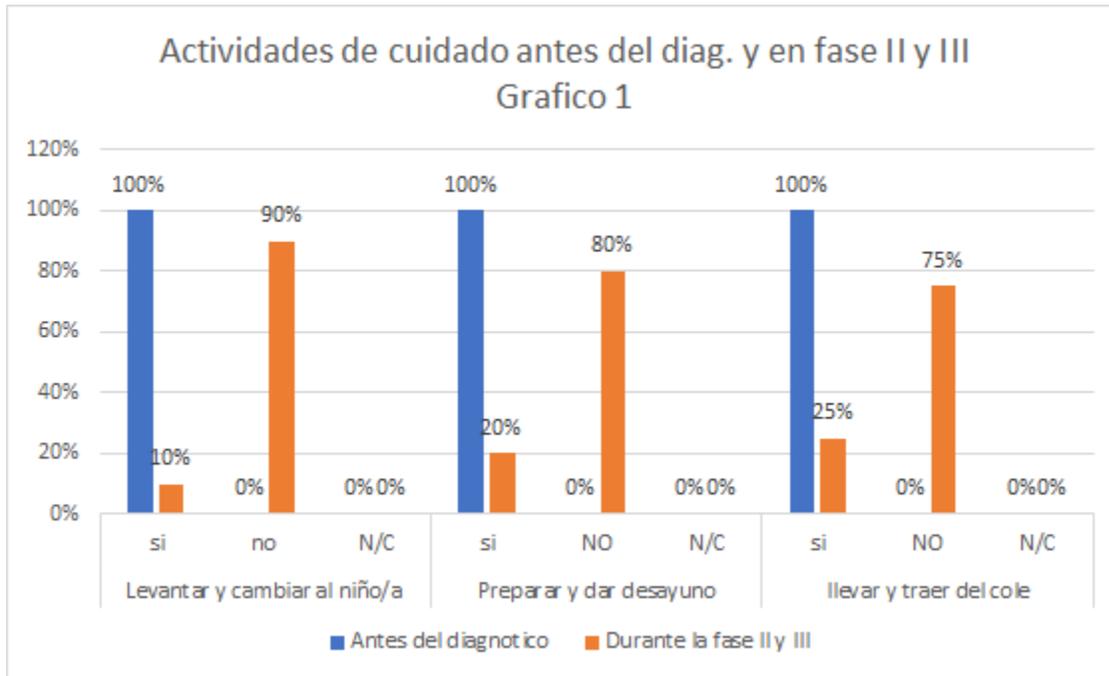


Gráfico 1:

Se observó que el 100% de las mujeres lograban levantar y cambiar al niño/a antes del diagnóstico y 10% logró poder hacerlo una vez diagnosticada transcurriendo el periodo II Y III, los motivos son multicausales, pero es una variante no estudiada en esta investigación particular. El ítems, preparar y dar desayuno antes del diagnóstico lo lograba realizar el total de las entrevistas y luego de este solo el 20 % de las mismas. En cuanto a llevar y traer del colegio, al transcurrir el tratamiento solo el 20% lograron continuar con esta actividad, antes del mismo el 100% lo realizaba.

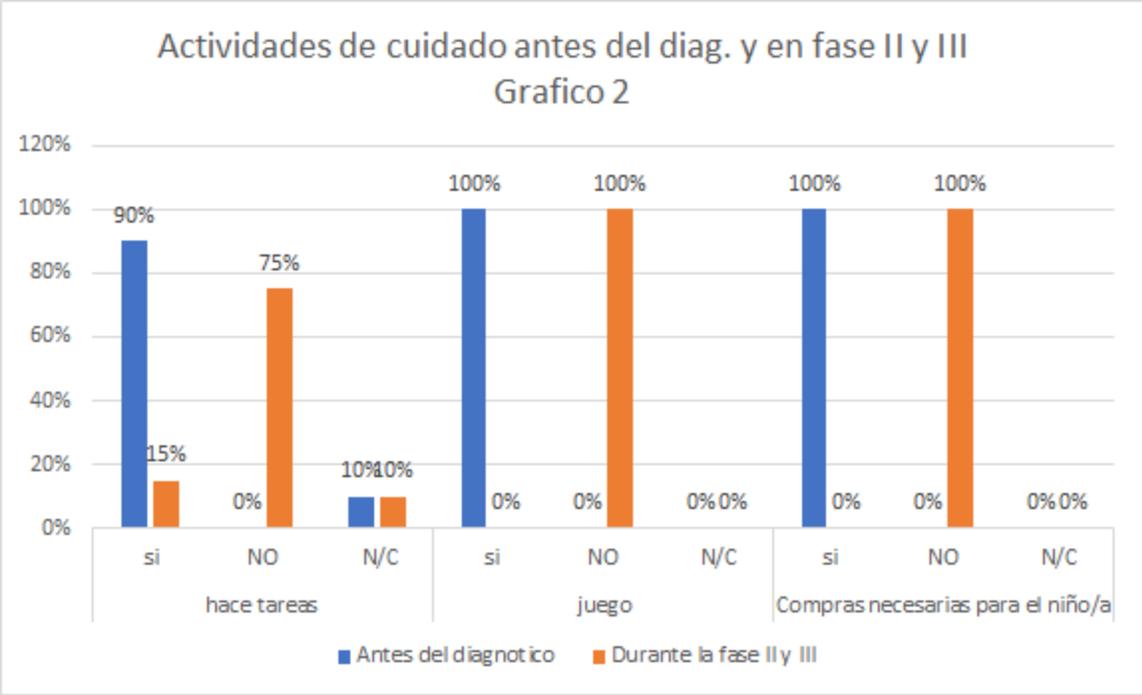


Gráfico 2:

Realizar las tareas escolares con sus hijos, antes 90% lo podía hacer, 10% no corresponde por la edad de los niños/as, y luego el 25 % logró continuar con esta actividad, el 75 % no logra continuar ayudando con la tarea escolar y 10% no corresponde por edad e independencia de los menores.

Con respecto al juego actividades lúdicas en conjunto con los niños/as, se da el mismo porcentaje 100 % de mujeres que lo podían hacer antes del diagnóstico y el mismo porcentaje que no lo puede realizar luego del diagnóstico y los tratamientos pertinentes.

Aquella actividad que refiere a las compras de las necesidades que requieren los niños, por motivos multicausales el 100% de las madres no logran realizar esta actividad durante el estadio II y III.

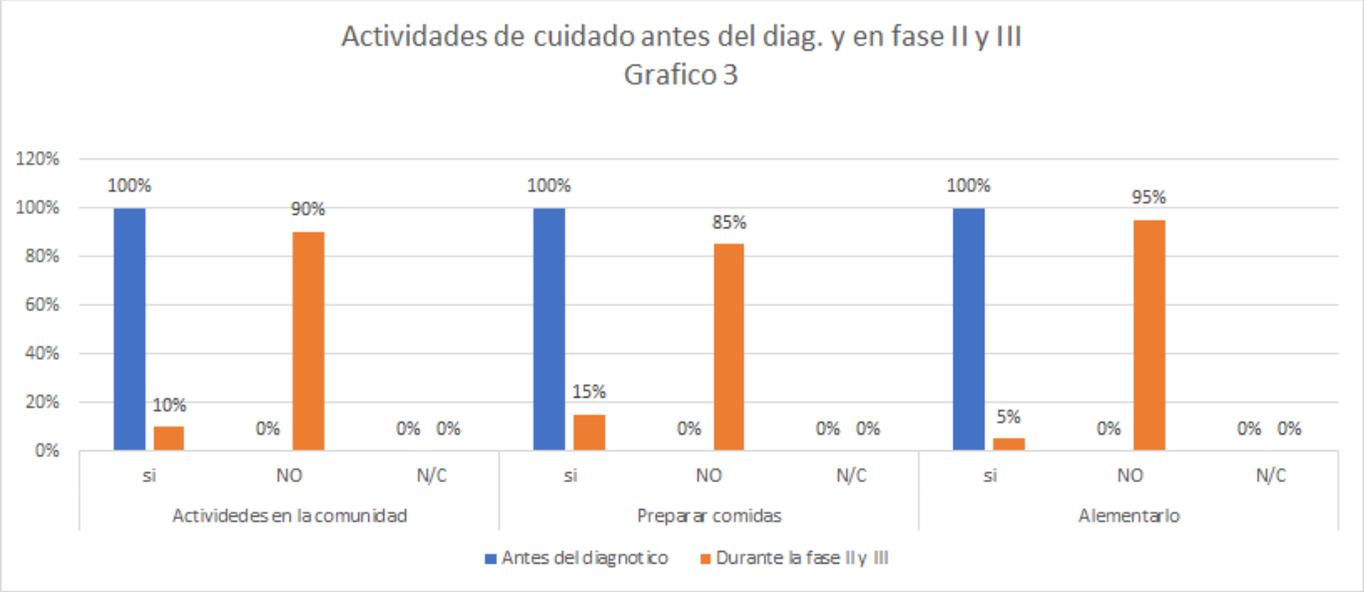


Gráfico 3:

Actividades en la comunidad es lo que respecta a llevar a un niño/a a un cumpleaños, a la realización de actividades recreativas que no son ni las escolares ni las familiares, pueden ser deportivas, lúdicas o de tiempo libre.....el 100% de las madres logran realizar esta actividad antes de diagnóstico y durante la fase II y II solo el 10% logró mantenerla.

Preparación de comidas, como el resto de las variables también se ve afectada en un 85% del total de la muestra, en razón a la alimentación de los niños/as antes de la patología era realizado por el 100% de las mujeres, luego de esta solo puede mantener la alimentación el 5% de las mismas.

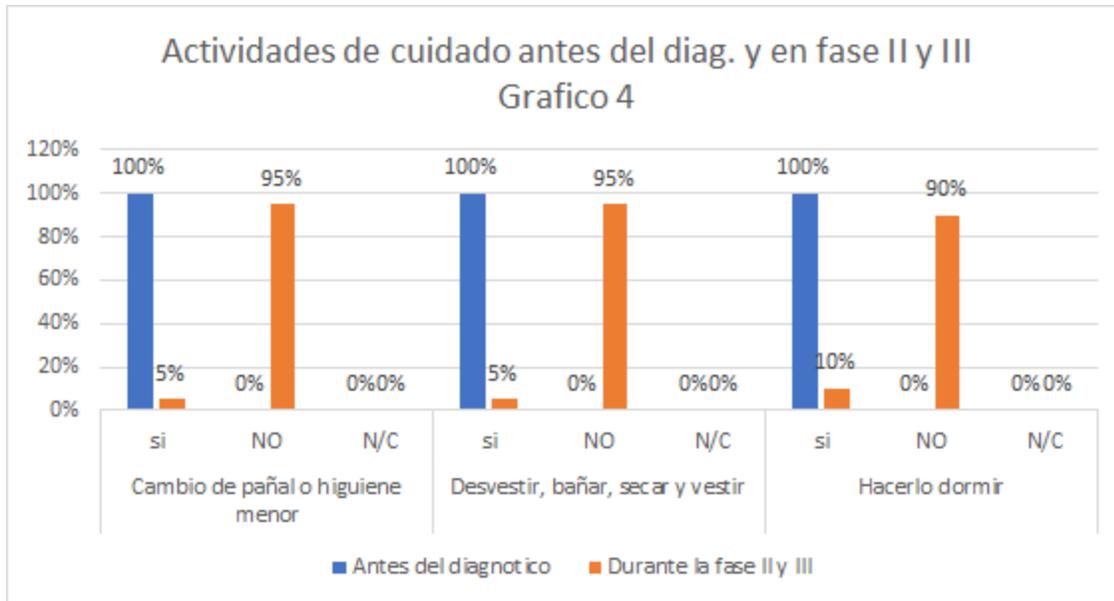


Gráfico 4:

En cuanto al cambio de pañales y/o higiene menor, luego del diagnóstico solo puede continuar haciéndolo el 5% de las madres, lo que expresa que todas estas actividades recaen sobre un cuidador que no es precisamente el primario.

La actividad de desvestido, baño, secado y vestido del niño/a que habitualmente era hecho por las madres en el total de la muestra, en la fase II y III, solo logra ponerlo en práctica el 10% de las mujeres.

hacer dormir a un niño por más sencillo que parezca también se ve afectada en el 95%, dado que implica en ocasiones levantar al niño.

1. Conclusión y propuesta:

Dentro de los resultados obtenidos en la investigación que se llevo a cabo, y a partir de la entrevista administrada el 90% de las mujeres no logran levantar y cambiar al niño/a durante del diagnóstico transcurriendo el período II Y III, en la variante preparar y dar desayuno el 80% de las mujeres no sostienen esta actividad, llevar y traer del colegio, al transcurrir el tratamiento el 80% no lograron continuarla.

Realizar las tareas escolares con sus hijos, antes 90% lo podía hacer, este porcentaje decae al solo el 25%.

Con respecto al juego actividades lúdicas en conjunto con los niños/as, las mujeres refieren no haber podido jugar con los niños/as durante el estadio II y III.

Aquella actividad que refiere a las compras de las necesidades que requieren los niños, por motivos multicausales el 100% de las madres no logran realizarlo, en cuanto a la alimentación solo puede mantenerla 5% de las mismas.

La acción de cambio de pañales y/o higiene menor, luego del diagnóstico solo puede continuar haciéndolo el 5% de las madres.

La actividad de desvestido, baño, secado y vestido del niño/a que habitualmente era hecho por las madres en el total de la muestra, en la fase II y III, solo logra ponerlo en práctica el 10% de las mujeres, hacer dormir a un niño por más sencillo que parezca también se ve afectada en el 95%, dado que implica en ocasiones levantar al niño.

Los Resultados Obtenidos demuestran en línea general que la posibilidad de cuidado de los hijos en las mujeres de 25 a 45 años de edad ha disminuido notablemente siendo éste un valor sumamente elevado. Los profesionales de Terapia Ocupacional tenemos la posibilidad de asistir a las mujeres en este cambio de rol, dando más oportunidades para continuar con esta tarea, pudiendo mejorar esta actividad.

La presente investigación contó con una muestra de veinte mujeres entre 25 y 45 años de edad que formaron parte de una muestra preliminar. Sería apropiado en alguna oportunidad se amplíe la muestra para que sea más representativa y subdividir la muestra en edad de los niños dado que ésto puede demostrar con más efectividad si varía la posibilidad de cuidados en niños más pequeños o más grandes.

También se podría subdividir las variables en tipo de tratamiento que fue sometida la mujer y escala de valores entre: no pueden realizar la actividad o si pueden realizar la actividad.

La conclusión que se puede observar mediante el desarrollo de los gráficos es que el cuidado primario de los niños y niñas en el momento que sus madres están atravesando el estadio II y III de cáncer de mama se ve afectado en todas sus variantes,

Se podría seguir perfeccionando y modificando el cuestionario realizado, para poder cuantificar y separar en grupos etarios según las edades de los hijos y según la demanda y la capacidad de independencia que tengan los niños, ya que un bebé requiere de mucha ayuda pero un niño de más de 6 o 7 años no requiere más que supervisión en algunas actividades de la vida diaria que se plantean en dicha encuesta.

Así como también podría evaluarse otro tipo de variables, como ser, si dichas mujeres cuentan o no con ayuda, convivientes o redes de apoyo para paliar estas deficiencias en sus AVD para con sus hijos, ya que podrían o no estar en pareja o vivir o no con padres/madres/empleados o personas que faciliten el cuidado de sus hijos.

1. Bibliografía

1. Bibliografía Impresa

- Barudy, J. D. (2015). Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante . España: (Manuscrito no publicado). Instituto de Formación, Investigación e Intervención sobre la Violencia Familiar y sus Consecuencias.
- Blanco, Andisco, Jiménez, Luciani, Rev Panam Salud Publica. 2019; 43: e63. Calidad de la mamografía y tamizaje del cáncer de mama en Argentina, Published online 2019 Jul 31.2019.p-63.
- Frank A, 1991, At the will of the body: Reflections on illness. Boston: Houghton-Mifflin. p 59-60.
- Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 6º edición 2014
- Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2009. Actualizado: 2012.
- Martín, M.; Herrero, A.; Echavarría, I. (2015). “El cáncer de mama”. Arbor, Ciencia, Pensamiento y Cultura Vol. 191-773, mayo-junio 2015, a234 | ISSN-L: 0210-1963 doi:
- MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL: Dominio y Proceso 2 da Edición. American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-683. Traducción al español Abril 2010.
- Navarrete Salas, E. (2006). Evolución de la terapia ocupacional en el campo de la oncología. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG, 4, 1-19. ISSN-e 1885-527X
- Sarhin, T.R., J.K., Scheihe, K. E. (1983). A model of social identity. In T.R.
- Vila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. (2008) 2008)2da Edición.

- Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 10ma edición. Elizabeth Blesedell Crepeau, PhD, OTR, FAOTA, Ellen S. Cohn, ScD, OTR, FAOTA, Bárbara A. Boyt Schell, PhD, OTR, FAOTA. Año 2005.

1. Bibliografía Tecnológica:

- <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26273/1/FJCS-TS-226.pdf>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6668659/>
- http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/14494/a130500_Harboe_J_Significados_de_las_intervenciones_de_2019_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>

1. Anexos

ANEXO 1

Cuestionario Actividades de la Vida Diaria Instrumentales en Oncología

Este Cuestionario fue confeccionado por la Terapeuta Ocupacional Paula Paz Molina Fuentes, MN2768. El mismo es para colaborar en una Investigación del Trabajo Final Integrador, de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Abierta Interamericana. El mismo será completado de forma anónima. Este cuestionario se responderá de manera online, para recolectar información de mujeres entre 25 y 45 años que hayan tenido Cáncer de Mama y hayan pasado por tratamientos de quimioterapia y/o rayoterapia durante su proceso de enfermedad, en su Rol en la Maternidad.

Recuerde que completar el cuestionario es totalmente voluntario. Puede elegir participar o elegir no hacerlo. Puede dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. De ser así, sólo deberá informar a la profesional de la salud.

¿Desea completar el cuestionario?

Si

No

¿Te diagnosticaron Cáncer de Mama entre los 25 y 45 años de edad?

Si

No

Año en que te diagnosticaron Cáncer de mama

Hace menos de 5 años

Entre 5 y 10 años

Hace más de 10 años

Las siguientes preguntas corresponderán al período anterior inmediato del diagnóstico de Cáncer de mama

¿Tenías hijos cuando te dieron el diagnóstico?

Si

No

Cantidad de hijos: Edad/es de tu/s hijo/s

Hasta 5 años

Hasta 10 años

Más de 10 años

Tipo de tratamiento que recibiste

Quimioterapia

Rayos

Quimioterapia y Rayos

Quimioterapia, Rayos y Cirugía

Medicación oral

Cirugía

Todas las anteriores

Antes del diagnóstico ¿podías llevar/traer a tu/s hijo/s al colegio/jardín/maternal?

Si

No

¿Podías ayudar con las tareas escolares?

Si

No

No aplica ya que no estaban en primaria

¿Podías jugar y compartir tiempo de juego con tu/s hijo/s ?

Si

No

Marque con una X las gestiones del hogar que SI podías realizar

Realizar compras de manera independiente

Realizar orden del hogar

Realizar limpieza del hogar

Lavado y colgado de ropa

Manejo en la comunidad ¿Podías llevar/traer/acompañar a tu/s hijo/s a actividades extracurriculares (deportes, cumpleaños, actividades de esparcimiento)?

Si

No

¿Podías planificar, preparar y servir comidas? (desayuno, almuerzo, merienda, cena/preparado de mamadera)

Si

No

¿Podías realizar higiene menor a tu/s hijo/s (cepillado de dientes, higiene en el inodoro, cambiado de pañales, lavado de cara y manos)?

Si

No

¿Podías realizar higiene mayor a tu/s hijo/s (desvestir, bañar, secar, vestir) ?

Si

No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CORRESPONDEN A LAS SITUACIONES
POSTERIORES AL DIAGNÓSTICO EN ESTADÍO 2 Y 3 DEL CÁNCER DE MAMA

Durante el período de tratamiento ¿podías llevar/traer a tu/s hijo/s al colegio/jardín/maternal?

Si

No

¿Podías ayudar con las tareas escolares?

Si

No

No aplica ya que no estaban en primaria

¿Podías jugar y compartir tiempo de juego con tu/s hijo/s ?

Si

No

Marque con una X las gestiones del hogar que SI podías realizar

Realizar compras de manera independiente

Realizar orden del hogar

Realizar limpieza del hogar

Lavado y colgado de ropa Manejo en la comunidad

¿Podías llevar/traer/acompañar a tu/s hijo/s a actividades extracurriculares (deportes, cumpleaños, actividades de esparcimiento)?

Si

No

¿Podías planificar, preparar y servir comidas? (desayuno, almuerzo, merienda, cena/preparado de mamadera)

Si

No

¿Podías realizar higiene menor a tu/s hijo/s (cepillado de dientes, higiene en el inodoro, cambiado de pañales, lavado de cara y manos)?

Si

No

¿Podías realizar higiene mayor a tu/s hijo/s (desvestir, bañar, secar, vestir) ?

Si

No

Les agradezco mucho a todas las mujeres que se han tomado el tiempo de responder las preguntas efectuadas, fueron de mucha ayuda.