



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología.

Grado en Terapia Ocupacional.

**Propuesta de Intervención desde la Terapia Ocupacional en el Linfedema
post-mastectomía.**

Autora: Joana Rivas García.

Tutora: M^a Teresa Paíno Gómez.

Salamanca, junio de 2023

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Declaro que he redactado el trabajo “Propuesta de intervención desde la Terapia Ocupacional en el linfedema post-mastectomía” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2022/2023 de forma autónoma, con ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

En Salamanca a 1 de junio de 2023

Fdo.

Joana Rivas García

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
1.2.1. Descripción de la enfermedad.....	6
1.2.2. Linfedema en cáncer de mama.....	10
1.2.3. Terapia Ocupacional y cáncer de mama.....	11
1.3. HIPÓTESIS.....	12
1.4. OBJETIVOS.....	12
2. METODOLOGÍA.....	13
2.1. DESTINATARIOS.....	13
2.2. UBICACIÓN DEL PROYECTO.....	13
2.3. TEMPORALIZACIÓN.....	14
2.4. DISEÑO DE EVALUACION.....	14
2.5. CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN.....	18
2.5.1. Descripción sesiones.....	19
2.6. CRONOGRAMA.....	28
3. DISCUSIÓN.....	30
4. CONCLUSIONES.....	31
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	34

RESUMEN.

Cuando a una persona se le diagnostica cáncer de mama siente como su calidad de vida va disminuyendo y, poco a poco, va abandonando las actividades y la ocupación que realizaba antes. Esto conlleva la necesidad de apoyo de distintos profesionales para hacer su vida más fácil.

El terapeuta ocupacional es uno de los profesionales encargados de ayudar al paciente, proporcionándole los apoyos necesarios para la realización de las diferentes actividades de la vida diaria, así como ejercicios para mejorar y prevenir las complicaciones a nivel físico (como el linfedema) y a nivel psicológico.

El objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de mama que padece linfedema para que pueda seguir manteniendo una ocupación a través de la Terapia Ocupacional.

Para conseguir este objetivo, y los más específicos, se va a llevar a cabo un programa de intervención desde Terapia Ocupacional con una duración de seis meses y que constará de un total de 48 sesiones de unos 45 minutos de duración. Las sesiones se harán con grupos de cuatro personas, donde se hará una evaluación inicial con su correspondiente seguimiento, y una serie de actividades con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Gracias a la intervención del terapeuta ocupacional en las distintas actividades de la vida diaria, las pacientes con linfedema van a conseguir una mayor autonomía con una consiguiente mejora en su calidad de vida para que puedan seguir manteniendo sus rutinas y ocupaciones. Tener en cuenta las necesidades de cada una de ellas, de manera individual, es vital para conseguir un buen proceso rehabilitador.

PALABRAS CLAVE: linfedema, cáncer de mama, Terapia Ocupacional, actividades de la vida diaria, calidad de vida.

ABSTRACT

When a person is diagnosed with breast cancer, they feel that their quality of life is diminishing and, they progressively abandon the activities and occupations they did before. This means that patients need support from different professionals to make their life easier.

The occupational therapist is one of the professionals in charge of helping the patient, providing the necessary support to carry out the different activities of daily living, as well as exercises to improve and prevent complications at a physical level (such as lymphoedema) and at a psychological level.

The main objective is to improve the quality of life of breast cancer patients suffering from lymphoedema so that they can continue to maintain an occupation through Occupational Therapy.

To achieve this objective, and the more specific ones, an Occupational Therapy intervention programme will be carried out over a period of six months and will consist of a total of 48 sessions of about 45 minutes. The sessions will be developed with groups of four people, where an initial evaluation will be made and subsequently the corresponding follow-up, and a series of activities will be performed with the aim of improving the quality of life of these people.

Thanks to the intervention of the occupational therapist in the different activities of daily living, patients with lymphoedema will achieve greater autonomy with a consequent improvement in their quality of life so that they can continue to maintain their routines and occupations.

It is very important to consider the individual needs of each patient in order to achieve a good rehabilitation process.

KEY WORDS: lymphoedema, breast cancer, Occupational Therapy, activities of daily living, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. JUSTIFICACIÓN.

El paciente oncológico a lo largo de la enfermedad irá sufriendo un malestar tanto físico como psicológico que ocasionará, en su gran mayoría, un abandono en las distintas actividades de la vida diaria de la persona y su ocupación.

Desde la terapia ocupacional nuestro trabajo es poder lograr que estas personas con cáncer puedan vivir su vida con la mayor autonomía posible y la mejor calidad de vida. Para ello trabajaremos desde las diferentes actividades de la vida diaria, como son las básicas (vestido, autocuidado), las instrumentales (responsabilidad de la medicación, cuidado de la casa, ...) y las avanzadas (relaciones sociales, ocio y tiempo libre). También nos ocuparemos de encontrar una ocupación significativa para el paciente y que este pueda realizarla sin dificultades.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1.2.1. Descripción de la enfermedad.

Según la OMS (1), el **cáncer** es un conjunto de enfermedades que pueden tener su origen en cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando hay un crecimiento descontrolado de células anormales. Si estas células se propagan a otras partes del cuerpo, a otros órganos, se denomina metástasis. Hoy en día el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo.

La **oncología** es una rama de la medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del cáncer. Dentro de esta se incluye la oncología médica, radioncología y la oncología quirúrgica (2).

Tras hablar de la enfermedad del cáncer de una manera general, ahora nos centraremos en un tipo de cáncer concreto, el **cáncer de mama**, sobre el que se basará el proyecto de intervención del que hablaremos a lo largo del trabajo.

El **cáncer de mama** se produce como consecuencia de una proliferación incontrolada y rápida de células del epitelio glandular mamario. Estas células pueden llegar a otros tejidos a través de la sangre o por vía linfática, ocasionando metástasis en otras partes del cuerpo (3). Este tipo de cáncer es un

adenocarcinoma, término utilizado para los tumores que proceden de glándulas (4).

El cáncer de mama puede darse tanto en hombres como en mujeres, siendo estas últimas las de mayor porcentaje a la hora de padecer la enfermedad. En cuanto a la **epidemiología**, en España en el año 2022, la estimación de nuevos casos de este tipo de cáncer es de 3470, siendo así que 1 de cada 8 mujeres españolas padecerá cáncer de mama en algún momento de su vida (3). A nivel global, según el Sistema Europeo de información del cáncer (ECIS), durante el año 2020 se diagnosticaron cerca de 34.088 nuevos cánceres de mama (4).

La mortalidad por cáncer de mama ha ido disminuyendo gracias a las mejoras en los programas de cribado (mamografías), los tratamientos y la detección precoz (4). En función del estadio en el que se diagnostica la enfermedad, la supervivencia será mayor o menor (3).

Hoy en día, no se conocen las causas exactas que provocan la aparición del cáncer de mama, sin embargo, existen múltiples **factores de riesgo** que se asocian a este, entre los que se encuentran (3,5):

- Edad. Es el principal factor de riesgo para padecer este tipo de cáncer, aumentando el riesgo a medida que la edad es mayor.
- Antecedentes de cáncer de mama.
- Predisposición genética (antecedentes familiares).
- Uso de terapia hormonal o anticonceptivos orales.
- Exposición a radiaciones ionizantes.
- Estilo de vida.
- Dieta y obesidad.
- Densidad mamaria elevada.
- Factores reproductivos que aumentan la exposición a estrógenos de manera endógena.

Existen diferentes **tipos** de cáncer de mama en función de diversas características (4):

- *Presencia o no de invasión.*
 - Carcinoma in situ.

- Carcinoma infiltrante.
- *Clasificación histológica*: diferencia los tumores según el tipo de célula del que deriva la enfermedad. Los más frecuentes son:
 - Carcinomas ductales.
 - Carcinomas lobulillares.
- *Grado histológico*. Según el grado de similitud entre las células tumorales y las células normales, indicando así la velocidad con la que puede desarrollarse el cáncer.
 - Grado 1 o bien diferenciado.
 - Grado 2 o moderadamente diferenciado.
 - Grado 3 o pobremente diferenciado.
- *Clasificación molecular*. Es la más importante para la toma de decisiones terapéuticas. Se clasifica la enfermedad en 4 subtipos en función del comportamiento biológico.
 - Luminal A. Son los de mejor pronóstico, se benefician de terapias hormonales.
 - Luminal B.
 - HER2 enriquecido.
 - Triple negativo.

El cáncer de mama no suele presentar **síntomas** al principio. De manera general, lo primero que alerta de un cáncer de mama es la aparición de un bulto que al palparse tiene una textura diferente a la del tejido mamario (existen bultos benignos que indican cambios fibroquísticos). Algunas mujeres también pueden presentar dolor mamario, aunque no siempre este tiene porque ser un indicador de cáncer de mama. En el caso de un cáncer muy avanzado pueden aparecer grandes protuberancias o úlceras con supuración. Si el cáncer se disemina por los ganglios linfáticos, en especial los de la axila, pueden palparse pequeños bultos de característica sólida. Hay veces en las que los primeros síntomas ocurren cuando el cáncer ya ha hecho metástasis en otra zona del cuerpo (5).

El **diagnóstico precoz** es muy importante ya que el pronóstico del cáncer de mama, a pesar de todos los avances de los últimos años, es más favorable cuanto antes se detecte. La mamografía hoy en día es la prueba de cribado más efectiva, consiguiendo una disminución en la mortalidad ocasionada por este tipo

de cáncer (5). Según la *American Cancer Society* (6) lo ideal es que las mujeres mayores de 40 años inicien la detección precoz mediante la realización de una mamografía una vez al año.

Otra forma de actuar en la detección precoz del cáncer de mama es mediante la realización de una autoexploración en las mamas (ver figura 1). Esta autoexploración nos ayuda a poder localizar bultos, señales, que indican que algo no está bien. Es recomendable realizar la autoexploración una vez al mes tras los primeros días del periodo (7).

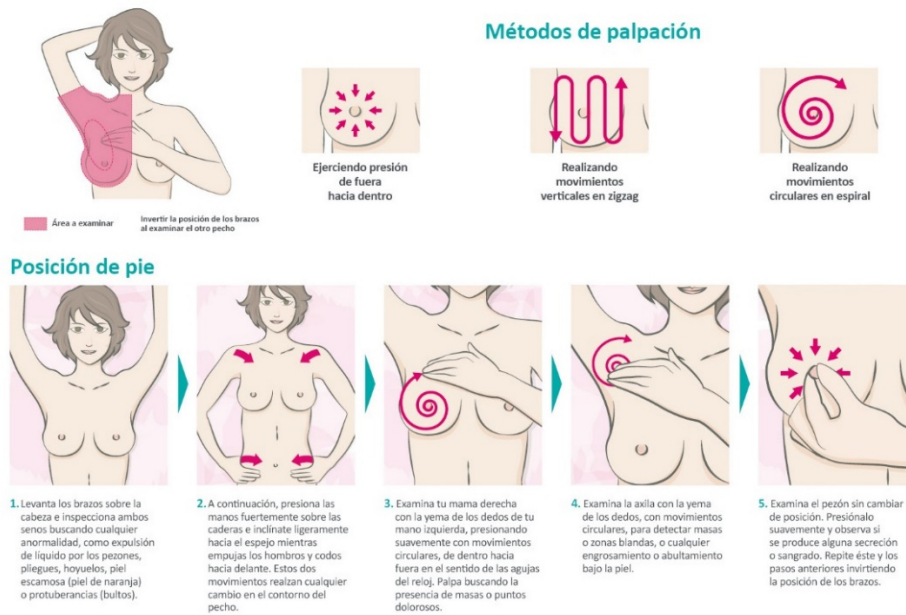


Figura 1. Autoexploración mamaria (7).

En cuanto al **tratamiento**, existen diferentes modalidades de actuación entre las que destacan las siguientes (5):

- **Cirugía.**
 - Conservadora.
 - Mastectomía.
- **Biopsia del ganglio centinela.**
- **Radioterapia.**
 - Como tratamiento adyuvante.
 - Tratamiento paliativo.

Esta a su vez puede ser:

- Radioterapia externa.

- Radioterapia interna o braquiterapia.
- Radioterapia intraoperatoria.
- *Tratamiento médico o terapia sistémica.*
- *Quimioterapia.*
- *Hormonoterapia.*
- *Terapias dirigidas.*
- *Inmunoterapia.*
- *Tratamiento médico neoadyuvante.*

1.2.2. Linfedema en cáncer de mama.

El **linfedema** es el edema generado por una acumulación excesiva de linfa, aparece como secuela en mujeres con cáncer de mama sometidas a una cirugía axilar. Es un trastorno de evolución progresiva y crónico por lo que la prevención y el tratamiento precoz son importantes, ya que 1 de cada 4 mujeres puede desarrollarlo, siendo lo más normal (75% de los casos) que aparezca durante el primer año tras la cirugía (8).

Los síntomas del linfedema son los siguientes (8):

- Sensación de rigidez en la extremidad afectada.
- Dolor o molestia.
- Endurecimiento y aumento del grosor de la piel.
- Dificultad en la movilización de la extremidad afecta.
- Infecciones frecuentes.

El desarrollo del linfedema es progresivo, siendo los primeros síntomas la sensación de pesadez del brazo y/o el endurecimiento de la zona, posteriormente habrá un aumento del diámetro del brazo que además provocará dolor y dificultad en la movilización (8).

Existen dos tipos principales de linfedema (8):

- Linfedema precoz: aquel que origina un edema postquirúrgico.
- Linfedema tardío: aparece tiempo después de la intervención quirúrgica.

1.2.3. Terapia Ocupacional y cáncer de mama.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (9), en el año 2012, definió la Terapia Ocupacional como una disciplina que promueve la salud y el bienestar a través del uso terapéutico de la ocupación. El terapeuta ocupacional tiene como objetivo principal promover, capacitar, a las personas en la participación de las actividades de la vida diaria (9).

Los pacientes oncológicos durante todo el proceso de la enfermedad pueden sufrir una serie de síntomas tanto a nivel físico, como es la patología respiratoria, patología neurológica, dolor..., como síntomas psicológicos como es el caso de la ansiedad. Por todo esto es muy importante la intervención del terapeuta ocupacional para colaborar en la mejora de estos pacientes (10).

En los pacientes con cáncer de mama el terapeuta ocupacional realiza intervenciones dirigidas a (11):

- Educar a los pacientes sobre la existencia de diferentes productos de apoyo para las actividades diarias.
- Mejorar la participación en las rutinas.
- Manejo del linfedema.
- Programas para mejorar la fuerza y el movimiento del miembro superior afectado.
- Manejo del estrés y uso de técnicas de relajación.
- Prevención de complicaciones.

Estas intervenciones pueden realizarse tanto dentro del hospital, como al alta hospitalaria en el domicilio del paciente.

Tras un tratamiento quirúrgico en el cáncer de mama, gracias a la existencia de diferentes investigaciones, se ha llegado a la conclusión de que entre las ocupaciones más afectadas están las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tanto en el hogar como en la comunidad ya que requieren acciones más complejas. Esto es debido a complicaciones físicas, como el dolor, aparición de linfedema, disminución de la fuerza muscular y amplitud articular, entre otras (12).

Es una necesidad implicar desde la Terapia Ocupacional, incluso antes del tratamiento quirúrgico, a pacientes, familiares y cuidadores en el proceso de intervención que se va a llevar a cabo con la persona (12).

La asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) ha creado un documento llamado *Occupational Therapy's Role with Breast Cancer Rehabilitation* en el que explica la importancia y beneficios que tiene la actuación de la terapia ocupacional a lo largo de todo el proceso oncológico. El cáncer de mama provoca síntomas físicos, emocionales y cognitivos asociados a los diferentes tratamientos que reciben estas personas, provocando una disminución en la capacidad para realizar las diferentes ocupaciones significativas en la vida de estas personas. En estas se incluyen situaciones económicas, interacciones sociales, trabajo, calidad de vida y bienestar. La AOTA llega a la conclusión de que los servicios de Terapia Ocupacional son beneficiosos para las personas con cáncer de mama desde el diagnóstico hasta la intervención quirúrgica, de manera que puedan recuperar sus funciones de manera rápida y reduciendo los efectos del tratamiento (13).

A pesar de lo mencionado anteriormente, hay una escasa evidencia de cómo influye la Terapia Ocupacional en la oncología mamaria.

1.3. HIPÓTESIS.

A través de la intervención del terapeuta ocupacional en las diferentes actividades de la vida diaria (AVD) del paciente con cáncer de mama que presenta linfedema, se conseguirá una mayor autonomía y una mejora en su calidad de vida.

1.4. OBJETIVOS.

El objetivo general de esta propuesta de intervención es mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de mama que padece linfedema para que pueda seguir manteniendo una ocupación a través de la Terapia Ocupacional.

Como objetivos específicos se establecen los siguientes:

- Tratar el linfedema.
- Aliviar los síntomas que la persona puede sentir a nivel físico (dolor) durante el proceso de la enfermedad y del tratamiento de esta.

- Recomendar el uso de productos de apoyo adecuados para la persona y para una correcta accesibilidad en el entorno.

2. METODOLOGÍA.

2.1. DESTINATARIOS.

El programa de intervención de Terapia Ocupacional, se organizará en grupos de 4 personas diagnosticadas con cáncer de mama que han sido intervenidas quirúrgicamente y que cumplan con los criterios de inclusión mencionados a continuación.

Criterios de inclusión.

- Mujer mayor o igual de 18 años.
- Diagnóstico de cáncer de mama con mastectomía.
- Presencia de linfedema en miembro superior tras la operación.
- Dificultades o limitaciones a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (escala de Barthel, escala de Lawton y Brody).
- Paciente que haya firmado de manera voluntaria el consentimiento informado para el manejo de sus datos por parte de la UDATO y la participación en la intervención.

Criterios de exclusión.

- No tener la mayoría de edad.
- No padecer linfedema en alguno de los miembros superiores (MMSS).
- No presentar ninguna dificultad o limitación en su vida diaria.
- Que el médico de la paciente no considere adecuada la participación en la intervención.
- Que la paciente se niegue a firmar el consentimiento informado.

2.2. UBICACIÓN DEL PROYECTO.

Las diferentes sesiones de intervención se llevarán a cabo en la Unidad Docente Asistencial de Terapia Ocupacional (UDATO) de la Universidad de Salamanca, ubicada en la Facultad de Psicología, situada en la Av. De la Merced, 109, 37005 Salamanca (Ver anexo 1).

2.3. TEMPORALIZACIÓN.

El programa de Terapia Ocupacional tendrá una duración de 6 meses (febrero 2024 hasta julio 2024), con posible prórroga si los resultados son favorables.

Las sesiones tendrán una duración de 45 minutos. Habrá 2 sesiones por semana, las cuales serán grupales (grupos de 4 personas) con posibilidad de programar alguna sesión individual en el caso de que sea necesario. Las sesiones se llevarán a cabo los lunes en horario de 17:00 a 17:45 y los miércoles de 18:00 a 18:45.

2.4. DISEÑO DE EVALUACION.

El proceso de evaluación/valoración de los pacientes constará de 3 etapas:

- Valoración inicial.
- Valoración trimestral.
- Valoración final (a los 6 meses).

En cada evaluación se valorarán diferentes aspectos entre los que se encuentran:

- Valoración funcional.
 - Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Índice de Barthel.
 - Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Escala de Lawton y Brody.
- Valoración del linfedema.
 - Rango articular: con un goniómetro.
 - Volumen del brazo: con una centra métrica.
 - Fuerza: con un dinamómetro y escala Lovet-Daniels-Oxford.
- Valoración de sintomatología clínica.
 - Dolor: Escala Visual Análoga del dolor (EVA).
 - Depresión: Escala de depresión de Hamilton (HDRS).

A continuación se describen las diferentes escalas e instrumentos mencionados arriba.

❖ **Índice de Barthel.**

Es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la función física. Es una medida genérica que valora la independencia del paciente para la realización de algunas ABVD, asignando diferentes valores en función de si es capaz de llevarlas a cabo de manera independiente. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado y la ayuda necesaria para realizarlas (14).

Se valoran 10 ítems diferentes: comer, traslados silla-cama, aseo personal, uso del retrete, baño/ducha, desplazamientos, subir y bajar escaleras, vestido, control esfínter y control orina. Los valores que se asignan a cada una de estas actividades son: 0, 5, 10, 15 puntos. La puntuación total varía entre 0 (totalmente dependiente) y 100 (totalmente independiente) (14) (Ver anexo 2).

❖ **Escala de Lawton y Brody.**

Evalúa el nivel de autonomía para la realización de diferentes AIVD, siendo uno de los instrumentos de medición más utilizados internacionalmente (15).

Utiliza 8 ítems para medir la capacidad funcional: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización medio de transporte, responsabilidad sobre la medicación y uso del dinero. A cada uno de estos ítems se les da un valor entre 1 (independiente) y 0 (dependiente), siendo la puntuación final 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) (15) (Ver anexo 3).

Una limitación es el sesgo de género debido a variables culturales en algunos de los ítems mencionados anteriormente (15).

❖ **Escala Visual Análoga (EVA).**

La escala EVA se representa como una línea recta horizontal de 10 cm delimitada en ambos extremos por dos descriptores, en la izquierda “sin dolor” y en la derecha “el peor dolor imaginable”. Se le dice al paciente que marque encima de la escala, mediante una línea, la intensidad de dolor en el momento de realizar la evaluación, la puntuación se mide desde cero hasta la zona marcada por el paciente (16).

Una de las limitaciones de esta escala es que debe administrarse electrónicamente o en papel, por lo que se debe tener cuidado de no modificar la longitud por ejemplo a la hora de fotocopiarla (16).

En cuanto a la posición gráfica, se puede utilizar de forma horizontal o vertical aunque existe diferencia en la distribución estadística de los datos. A raíz de la observación de diferentes estudios se vio que en un estudio de pacientes chinos (Aun et al. 1986), la escala vertical mostró menos errores en posición vertical, mientras que en otro estudio similar en angloparlantes (Scott y Huskisson, 1979b) el error era menor cuando la EVA se utilizaba en posición horizontal. Esto sugiere que la orientación gráfica de la EVA se ve influida por la tradición de lectura normal de la población a tratar (16).

Dado que poder valorar el dolor es subjetivo, la EVA gracias a su fácil uso y lenguaje simple, permite determinar el dolor de esta manera (16) (Ver anexo 4).

❖ **Escala de Depresión de Hamilton (HDRS).**

Su nombre original es *Hamilton Depression Rating Scale*.

Su versión original constaba de 21 ítems, creándose de manera posterior una versión reducida con 17 ítems. Esta escala fue validada al castellano en el año 1986 (17).

Se trata de una escala heteroaplicada, cuyo objetivo es evaluar de manera cuantitativa la gravedad de los síntomas de la depresión y valorar los cambios en el paciente deprimido (17).

Cada ítem tiene entre 3 y 5 posibles respuestas, donde la puntuación puede ser de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va desde 0 hasta 52 estableciéndose diferentes puntos de corte, según la Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE serían (17) (Ver anexo 5):

- No deprimido: 0-7.
- Depresión ligera/menos: 8-13.
- Depresión moderada: 14-18.
- Depresión severa: 19-22.
- Depresión muy severa: >23.

❖ **Goniómetro.**

Se trata de un instrumento de medición que se utiliza para medir ángulos, utilizado para la valoración goniométrica de las articulaciones. Para poder hacer un balance articular hay que tener en cuenta lo siguiente (18):

- Evaluar la posición de la articulación en el espacio de manera estática.
- Conocer el arco de movimiento de cada articulación en los 3 planos del espacio.
- Utilizar un sistema de medida común entre todos y tomar las medidas de la forma más objetiva posible.

Hay que tener en cuenta la diferencia entre el ángulo total de movimiento y el ángulo útil, el cual se define como el ángulo de movimiento de cada articulación, en el que aun sin tener toda la amplitud articular cumple con las necesidades de movimiento articular en una situación habitual o laboral (18) (Ver anexo 6).

❖ **Cinta métrica.**

La utilizamos para medir el volumen del brazo que presenta el linfedema. Hay que partir de referencias anatómicas (Ver anexo 6).

❖ **Dinamómetro.**

Instrumento utilizado para valorar la fuerza que puede realizar el paciente con el miembro afecto haciendo una comparativa con el lado sano (Ver anexo 6).

❖ **Escala de Lovet-Daniels-Oxord.**

Se trata de una herramienta que se usa para medir la fuerza que ejercen los músculos en pacientes con algún tipo de lesión (19) (Ver anexo 7).

La escala sigue una numeración con seis niveles de diferencias del 0 al 5 (19):

- 0: músculo no se contrae, parálisis completa.
- 1: músculo se contrae pero no hay movimiento, esta puede palparse o visualizarse levemente.
- 2: músculo se contrae y realiza el movimiento pero sin resistencia y no puede vencer a la gravedad.
- 3: músculo puede realizar el movimiento contra la gravedad.

- 4: músculo se contrae y realiza el movimiento completo contra la gravedad y contra una resistencia manual moderada.
- 5: músculo se contrae y realiza el movimiento en toda su amplitud contra la gravedad y una resistencia manual máxima.

Los niveles 4 y 5 de la escala se consideran subjetivos ya que dependen del examinador y la fuerza aplicada en la extremidad.

Esta escala numérica a su vez va acompañada de una evaluación cualitativa asignando los parámetros (19):

- “Normal” al nivel 5.
- “Bueno” al nivel 4.
- “Regular” al nivel 3.
- “Deficiente” al nivel 2.
- “Vestigios de actividad” al nivel 1.
- “Nulo” al nivel 0.

2.5. CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN.

Toda intervención está basada en unos marcos o modelos de Terapia Ocupacional, en este caso estarán respaldadas por los siguientes:

❖ Marco de Referencia de Rehabilitación.

Este marco permite que una persona con discapacidad alcance la máxima funcionalidad posible en el desempeño de sus actividades diarias. A través de la rehabilitación se enfatizan las capacidades de un individuo, se enseñan estrategias compensatorias, se proporcionan productos de apoyo y modificaciones ambientales. Es decir, se combinan las adaptaciones con los recursos del propio sujeto, enseñando al usuario a compensar los déficits que no pueden remediarse (20).

❖ Modelo de Ocupación Humana (MOHO).

Este modelo determina que las características internas de la persona y de su entorno externo están relacionadas con el ser humano al cual considera como un sistema dinámico que siempre está en desarrollo. Este modelo facilita la participación del sujeto en sus ocupaciones moldeando sus destrezas, rutinas,

pensamientos y sentimientos. El MOHO considera que las personas están formadas por tres elementos en continua interacción (volición, habituación y capacidad de desempeño) todo ello influido por el ambiente (20).

La intervención desde Terapia Ocupacional en el linfedema consta de dos partes: educación sobre las medidas preventivas y el tratamiento del linfedema cuando ya está instaurado (10).

En el tratamiento del linfedema es muy importante tener una buena coordinación con otros profesionales, como es el caso del fisioterapeuta, para cumplir con los objetivos (10):

- Reducir el volumen del linfedema.
- Reducir cualquier tipo de sintomatología.
- Impedir que el linfedema progrese y futuras complicaciones.

A lo largo de estos meses durante las distintas sesiones, se irán trabajando diversas actividades y objetivos con el fin de mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

2.5.1. Descripción sesiones.

A lo largo de este proyecto de intervención, durante estos 6 meses habrá un total de 48 sesiones. Dentro de estas 48 sesiones de intervención se llevarán a cabo diferentes actividades, siendo un total de 9. Estas actividades se irán adaptando y graduando a medida que vayan pasando los días.

❖ Actividad nº1: Valoración del estado del paciente.

Objetivo. Obtener información del estado del paciente para marcarnos unos objetivos de trabajo.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 1, 2, 21, 22, 47 y 48.

Se llevarán a cabo una serie de evaluaciones mediante escalas e instrumentos de medida para conocer la funcionalidad, el estado del linfedema, el nivel de dolor y depresión de las pacientes.

Recursos humanos y materiales:

- Humanos: terapeuta ocupacional.
- Materiales: escalas de valoración (Barthel, Lawton y Brody, EVA, Hamilton) e instrumentos de evaluación (goniómetro, cinta métrica y dinamómetro).

❖ Actividad nº2: Educación en medidas preventivas y cuidado del linfedema.

Objetivo. Proporcionar a las pacientes una serie de medidas y recomendaciones a tener en cuenta para cuidar el linfedema y evitar la progresión de este.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 3, 11, 19, 29, 37 y 45.

Se irán enseñando de manera progresiva y a lo largo de estos 6 meses diferentes medidas para prevenir y cuidar el linfedema.

En medidas de prevención, se les explicará la importancia de programas respiratorios y para la movilidad del brazo afectado. Los ejercicios respiratorios (ver anexo 8) deben ser de 3 tipos: diafragmáticos, torácicos bajos y torácicos alto. Los ejercicios de movilidad del brazo (ver anexo 9) son necesarios para favorecer el flujo linfático (21). También se mostrarán diferentes ejercicios para prevenir el linfedema (ver anexo 10).

En cuanto a los cuidados del linfedema, se les darán una serie de recomendaciones para evitar la aparición de este por el exceso de producción de linfa y la no eliminación de esta (21)

- Evitar el calor excesivo.
- No usar ropa muy apretada.
- Extremar la higiene mediante el uso de jabones neutros.
- Secar bien la piel y usar crema hidratante.
- Evitar lesiones en la piel del brazo: extracciones sanguíneas.
- No hacer ejercicios vigorosos con ese brazo.
- Evitar cargar peso.
- No utilizar pulseras, anillos, relojes ...
- Llevar una dieta sana.

- Utilizar maquinilla eléctrica para la depilación de la axila.

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: terapeuta ocupacional.
- Materiales: ordenador, proyector, trípticos informativos.

❖ Actividad nº3: Cinesiterapia y vendaje neuromuscular.

Objetivo. Disminuir el dolor que provoca el linfedema y realizar movilizaciones progresivas para conseguir aumentar el rango articular del brazo afecto.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 4, 12, 20, 30, 28 y 46.

En la parte de cinesiterapia durante las diferentes sesiones en las que se va a realizar esta actividad iremos realizando, de manera gradual, la movilización del brazo con linfedema, desde la zona más proximal a la más distal (hombro, codo, muñeca y dedos). Primero comenzaremos con movilizaciones pasivas, son las que realizamos nosotros como terapeutas; posteriormente movilizaciones activas pero asistidas, es decir, las realiza la paciente pero con nuestra ayuda; y por último movilizaciones activas en las que solo realiza el movimiento la paciente. Con estas movilizaciones lo que pretendemos es mejorar o conseguir aumentar el rango articular de ese brazo para conseguir que sea funcional y puedan realizar las diferentes AVDs de manera autónoma.

Tras la realización de las diferentes movilizaciones procederemos a colocar el vendaje neuromuscular en el brazo, en la zona específica donde sea necesario. Con este vendaje lo que pretendemos es favorecer el retorno linfático en la zona afectada, para así poder disminuir el linfedema. Tras la colocación del vendaje se explicará a las pacientes que su uso no implica ninguna limitación y que debe de ser retirado sobre el cuarto día de manera cuidadosa, ya que empieza a perder el efecto inicial.

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: Terapeuta Ocupacional.

- Materiales: camillas (realizar las movilizaciones de una manera más cómoda), crema hidratante (para realizar las movilizaciones y quitar posibles contracturas), vendaje neuromuscular, tijeras lister.

❖ Actividad nº4: Reeduación en las AVD.

Objetivo. Fomentar la autonomía de las pacientes a la hora de realizar alguna de las diferentes AVDs.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 5, 13, 23, 31 y 39.

Esta actividad se realizará en la vivienda adaptada y el baño que hay en el mismo espacio donde se encuentra la UDATO (sala donde se realizan todas las sesiones).

En las primeras sesiones nos enfocaremos en ver cómo desempeñan ellas las distintas AVDs e iremos observando futuras adaptaciones. Entre las ADVs que trabajaremos están:

- Comer: manejo de cubiertos.
- Tareas domésticas: poner la mesa, hacer la comida, poner una lavadora...
- Aseo personal, baño, uso de WC.
- Vestido.

En las sesiones siguientes, una vez conocidas las limitaciones de cada una, procederemos enseñar cual es la manera más adecuada de realizar dicha actividad.

Se les explicará que no buscamos la forma correcta y habitual de hacerlo, sino la mejor manera en que ellas puedan realizar cualquier actividad, ya sea de manera independiente o con la mínima ayuda, es decir, buscamos la funcionalidad.

Otro factor a tener en cuenta durante estas sesiones es ver la necesidad o no de algún producto de apoyo (lo veremos en la actividad nº6).

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: Terapeuta ocupacional.

- Materiales: vivienda adaptada y diversos materiales necesarios para las ABVD (ej: cubiertos, productos para el aseo...)

❖ Actividad nº5: Ejercicio y actividad física.

Objetivo. Promover la realización de ejercicio físico y enseñar cual es el indicado ante la presencia del linfedema en el brazo.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 6, 14, 24, 32 y 40.

Durante las sesiones en las que vamos a llevar a cabo la parte de ejercicio físico, primero partiremos de enseñar unas pautas para una correcta realización y evitar complicaciones futuras:

- Empezar a realizar ejercicio a partir de la 4^a-6^a semana tras la cirugía.
- Evitar el uso excesivo del brazo, ir empezando poco a poco.

Tras estas recomendaciones, las sesiones irán graduándose en fuerza e intensidad según la situación actual de cada una de las pacientes.

Los primeros días se van a basar en realizar movilizaciones al inicio y empezar a utilizar el brazo en posición de decúbito supino, para facilitar el movimiento al quitar la gravedad (ver anexo 11). Posteriormente empezaremos a realizarlo en sedestación y, por último, en bipedestación.

Una vez hayamos ganado rango articular comenzaremos a introducir ejercicios de fuerza:

- Utilización de pesas pequeñas de mano: iremos fortaleciendo diferentes músculos en función del movimiento a realizar.
- Pelotas pequeñas: cogerlas con el brazo afecto y pasarla por detrás de la espalda al brazo bueno y también en sentido contrario (ver anexo 11).
- Balón de pilates: empujarlo primero sin ninguna resistencia y posteriormente con una ligera resistencia impuesta por nosotros. Con este mismo objeto también trabajaremos la acción de botar para ganar en fuerza, coordinación y equilibrio postural.
- Bandas elásticas: iremos cogiendo de menor a mayor resistencia para trabajar la fuerza (ver anexo 11).

El ejercicio físico tiene una serie de beneficios a la hora de trabajar el linfedema, entre estos se encuentran: mejorar la calidad de vida de la persona haciendo que la realización de AVDs sea más fácil, prevenir lesiones, etc.

Recursos humanos y materiales.

- Humanos. Terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.
- Materiales: pelotas pequeñas, balón de pilates, pesas pequeñas de mano (ej: medio kilo, 1 kilo), esterilla, bandas elásticas.

❖ Actividad nº6: *Prescripción de productos de apoyo y adaptación del entorno.*

Objetivo. Encontrar el producto de apoyo o adaptación del entorno necesario para facilitar la autonomía de cada una de las pacientes.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 7, 15, 25, 33 y 41.

En las primeras sesiones, hablaremos acerca de la gran variedad de productos de apoyo existentes que haya para fomentar la autonomía de las personas, tanto para aseo, vestido, alimentación, desplazamiento...

Posteriormente, y gracias a lo observado en las otras sesiones, podremos ver en qué área tiene más dificultad cada persona y a partir de ahí, elegir para que AVD necesita algún tipo de apoyo y cuál sería el indicado.

Una vez que tengamos marcado lo anterior, en la siguiente sesión vendrá un técnico ortoprotésico que nos mostrará cual sería la mejor opción para cada una de las pacientes en función de sus necesidades y demandas. En esta misma sesión, junto con ayuda del técnico ortoprotésico, trataremos el tema de la adaptación en el domicilio por si alguna de las pacientes lo viera necesario, de ser así se valorarían las opciones existentes.

Dentro del mundo de los productos de apoyo, las mujeres que sufren linfedemas post-mastectomía tienen mayor limitación a la hora de realizar tareas que impliquen fuerza, rango articular muy amplio..., por lo que los mayores problemas en AVDs están en: aseo personal (peinarse), ducharse, en la cocina (armarios elevados, abrir botes muy apretados). Existen productos de apoyo

para facilitar estas tareas: peines con mango, esponja de baño con mango, abretarros, calza medias; y adaptaciones como armarios que bajan para facilitar su apertura (Ver anexo 12).

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: Terapeuta ocupacional, técnico ortoprotésico.
- Materiales: catálogo productos de apoyo, demos de productos de apoyo.

❖ Actividad nº7: Control postural.

Objetivo. Conseguir que las pacientes aprendan la forma correcta, las posturas indicadas, de realizar diversas actividades para evitar o disminuir el dolor que provoca el linfedema

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 8, 16, 26, 34 y 42.

Nos centraremos en la correcta ergonomía que deben de seguir en su día a día las pacientes para evitar el dolor y el empeoramiento del linfedema.

A lo largo de las diferentes sesiones en las que se trabaje esta actividad iremos enseñando distintas posturas y las formas correctas en las que realizar los distintos movimientos del brazo (ver anexo 9), como ya hemos podido ver en algunas otras sesiones.

En cuanto a las posturas es importante hacer hincapié en evitar la inmovilización total del brazo, su desuso, ya que esto solo favorecerá el aumento del linfedema debido a un mal riego linfático.

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: Terapeuta ocupacional.
- Materiales: trípticos informativos, proyector, ordenador.

❖ Actividad nº8: Apoyo emocional y psicológico.

Objetivo. Conseguir mejorar la autoimagen y el estado anímico de las pacientes.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 9, 17, 27, 35 y 43.

Durante la realización de esta actividad, a lo largo de las diferentes sesiones, contaremos con la presencia de un psicólogo o psicóloga que nos ayudará a trabajar aspectos como el autoestima, la autoimagen, depresión y demás sentimientos que sientan estas mujeres a raíz de la enfermedad.

Realizaremos diferentes actividades:

Grupos de discusión: con esta actividad pretendemos trabajar en equipo para encontrar una solución de manera conjunta, de tal forma que deberán compartir sus ideas, pensamientos..., intentando superar así el miedo al rechazo, a que otros piensen de manera distinta.

Rueda de la vida: gracias a esta actividad podremos conocer los deseos y necesidades de cada persona, ver qué aspectos de su vida son los que considera importantes para, a partir de ahí, poder trabajar sobre ellos. Cada persona dibujará un círculo en un folio y dentro escribirá los aspectos más importantes y quienes forman parte de ellos, por ejemplo, la felicidad y ahí estaría la familia, amigos...

Frente al espejo: aquí queremos trabajar la autoimagen de cada persona, hacerlas ver que no por haber sufrido esa operación, presentar un linfedema o cualquiera de los efectos secundarios del tratamiento, han dejado de ser menos bonitas o menos mujeres. Colocaremos un espejo en el centro de la sala, una a una irá poniéndose frente a este, pueden hacerlo con la camiseta puesta o sin ella, y el resto de las personas se colocarán a ambos lados, de tal manera que a cada comentario negativo que ella diga sobre como se ve, las demás puedan contrarrestarlo de manera positiva.

Control de la respiración: el fin de esta actividad es proporcionar una estrategia de afrontamiento de la ansiedad, del estrés en momentos determinados del día a día. Con una música leve de fondo, iremos enseñando las pautas a seguir para poder controlar la respiración cuando sientan que no pueden más. Primero mostraremos la forma indicada de hacerlo: coger el aire desde una respiración diafragmática, torácica baja y torácica alta, poniendo las manos sobre el abdomen; aguantaremos la respiración durante 5 segundos y después la echaremos lentamente, esto debe repetirse 4-5 veces. Se trata de un ejercicio muy sencillo y que necesita poco tiempo poder llevarlo a cabo.

A parte de estas actividades, haremos hincapié en la importancia de la salud mental, en que no por ir al psicólogo eres menos que otra persona, que es tan importante encontrarse bien físicamente como mentalmente.

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: terapeuta ocupacional y psicólogo.
- Materiales: proyector, ordenador, altavoces, hojas de papel, bolis.

❖ Actividad nº9: Estrategias de conservación de energía.

Objetivo. Evitar la pérdida diaria de energía en la persona por malos hábitos.

Descripción. Tendrá lugar en las sesiones número 10, 18, 28, 23 y 44.

Trataremos diferentes conceptos necesarios mediante charlas informativas para concienciar sobre la importancia de tener una energía suficiente para poder conseguir una buena calidad de vida. Cada sesión tratará un tema diferente.

Es muy importante entender el *cansancio* que sufrimos, un cansancio que no tiene porqué ser debido al ejercicio físico, sino a una acumulación de estrés y malos hábitos. Esta será la primera sesión a modo de introducción en el tema, mostraremos vídeos de personas contándonos su experiencia al respecto y cómo se sienten.

Actividad física diaria: cuando nos sentimos cansados y realizamos algún tipo de ejercicio actúa de manera positiva en nuestro organismo ya que libera sustancias, como las endorfinas, que hacen que aumente la energía en nuestro cuerpo. Será el tema de la segunda sesión, en ella hablaremos de la importancia del ejercicio físico y mostraremos ejercicios sencillos que nos pueden ayudar a conseguir aumentar la energía.

Alimentación, el tema de la tercera sesión. Al igual que en las anteriores, daremos información sobre el tema, cuál sería la dieta indicada en estas pacientes y la importancia de llevarla a cabo. Una dieta ligera y alta en vitaminas nos ayudará a conseguir una mayor acumulación de energía y no sentirnos agotados.

Cuidar el sueño, durante la 4ª sesión haremos hincapié en la importancia que tiene el sueño en nuestras vidas. Dormir bien, las horas necesarias, sin interrupción, favorece levantarnos con mayor energía y ganas de hacer cosas, fomenta realizar una ocupación. Existen malos hábitos antes de dormir que deben de ser eliminados: comer antes de echarnos, ver la tele hasta justo antes de dormir, no dormir entre 7-8 diarias, siestas muy largas, un mal posicionamiento en la cama.

Detectar el estrés. Será el tema de la última sesión, e irá de la mano junto con la actividad nº8, donde trataremos el estrés y formas de evitarlo. Es muy importante ser conscientes de que sufrimos estrés para poder tratarlo.

Recursos humanos y materiales.

- Humanos: terapeuta ocupacional.
- Materiales: ordenador, proyector.

2.6. CRONOGRAMA.

Actividad nº1: *Valoración del estado del paciente.*

- Día 5 y 7 de febrero (inicial).
- 22 y 24 de abril (trimestral).
- 29 y 31 de julio (final).

Actividad nº2: *Educación en medidas preventivas y cuidado del linfedema.*

- 12 de febrero.
- 11 de marzo.
- 15 de abril.
- 22 de mayo.
- 24 de junio.
- 22 de julio.

Actividad nº3: *Cinesiterapia y vendaje neuromuscular.*

- 14 de febrero.
- 13 de marzo.
- 17 de abril.
- 27 de mayo.
- 26 de junio.
- 24 de julio.

Actividad nº4: Reeduación en las AVD.

- 19 de febrero.
- 18 de marzo.
- 29 de abril.
- 29 de mayo.
- 1 de julio.

Actividad nº5: Ejercicio y actividad física.

- 21 de febrero.
- 20 de marzo.
- 6 de mayo.
- 3 de junio.
- 3 de julio.

Actividad nº6: Prescripción de productos de apoyo y adaptación del entorno.

- 26 de febrero.
- 1 de abril.
- 8 de mayo.
- 5 de junio.
- 8 de julio.

Actividad nº7: Control postural.

- 28 de febrero.
- 3 de abril.
- 13 de mayo.
- 10 de junio.
- 10 de julio.

Actividad nº8: Apoyo emocional y psicológico.

- 4 de marzo.
- 8 de abril.
- 15 de mayo.
- 17 de junio.
- 15 de julio.

Actividad nº9: Estrategias de conservación de energía.

- 6 de marzo.
- 10 de abril.
- 20 de mayo.
- 19 de junio.
- 17 de julio.

Las sesiones y actividades se muestran de forma más gráfica en el cronograma organizado según las fechas previstas (Ver anexo 13).

3. DISCUSIÓN.

Partiendo de la hipótesis “a través de la intervención del terapeuta ocupacional en las diferentes actividades de la vida diaria (AVD) del paciente con cáncer de mama que presenta linfedema, se conseguirá una mayor autonomía y una mejora en su calidad de vida”; nos planteamos la realización de esta propuesta de intervención, como opción a poder realizarla en el futuro y conseguir unos resultados que posteriormente se puedan analizar y comprobar así la veracidad o no de esta hipótesis.

Si los resultados que pudiéramos obtener con esta intervención que se plantea fueran positivos, conseguiríamos el objetivo principal de esta “mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de mama que padece linfedema para que pueda seguir manteniendo una ocupación a través de la Terapia Ocupacional”. Con esto comprobaríamos la importancia que tiene la Terapia Ocupacional como parte del proceso rehabilitador que necesita esta patología, promoviendo así un mayor conocimiento de nuestra profesión y la gran importancia que tenemos para mejorar la vida de las personas, en este caso concreto con los pacientes oncológicos.

Por el contrario, si los resultados que obtuviéramos fueran negativos, no supondría una derrota y una negación rotunda a este tipo de intervención, sino que habría que indagar en cuáles han sido las causa de estos resultados, que pueden darse a nivel general o específicos de alguna paciente. Hay muchas variables que podrían hacer menos favorables los resultados, entre ellos: la duración del proyecto, el número de sesiones semanales, la importancia del estado de la paciente, no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico.

Gracias a lo anterior, nos damos cuenta de lo importante que es conocer el estado anímico en el que se encuentra la persona a la hora de empezar una intervención, ya sea de Terapia Ocupacional o de cualquier otra área. Hay pacientes que sienten que la aparición del linfedema es mucho peor que el cáncer, que tienen miedo a lo que están viendo y a una posible recidiva, se encuentran psicológicamente hundidas, están cansadas de las preguntas constantes e indiscretas de la gente. Hay quienes llegan a sufrir obsesión por poder mejorar o controlar el linfedema, otras que sienten que son una carga para

su familia, sienten vergüenza por que las miren. Muchas de estas personas se sienten solas contra el linfedema, sienten que nadie se ocupa de su calidad de vida (22).

Con el paso del tiempo, cada vez hay más artículos publicados acerca de la Terapia Ocupacional y los diferentes ámbitos de actuación que tiene. A lo largo de la realización de este trabajo, he encontrado artículos acerca de cómo interviene la Terapia Ocupacional en la oncología, de la Terapia Ocupacional en cáncer de mama; pero si buscamos algo más concreto como la actuación del terapeuta ocupacional en el linfedema post-mastectomía los resultados ya empiezan a ser mucho menores.

Con esto quiero decir, que aunque existe evidencia científica de la importancia que tiene la intervención del terapeuta ocupacional en el campo de la oncología, todavía nos queda mucho trabajo y mucha investigación al respecto.

4. CONCLUSIONES.

Durante la realización de este trabajo he podido llegar a las siguientes conclusiones:

1. Es muy importante partir del nivel físico y psicológico que tiene cada paciente al inicio de la intervención.
2. Hay que tener en cuenta las necesidades de cada paciente, no todos son iguales ni necesitan partir desde el mismo punto a la hora de la intervención.
3. La actuación del Terapeuta Ocupacional podría ser muy importante en la rehabilitación del linfedema post-mastectomía, gracias a ella podríamos mejorar la calidad de vida de estas personas, fomentar una ocupación y poder realizar las diferentes AVD de manera independiente.
4. Trabajar junto con otros profesiones (psicólogos, fisioterapeutas...) como un equipo interdisciplinar es fundamental para una buena intervención y un buen proceso rehabilitador de la enfermedad.

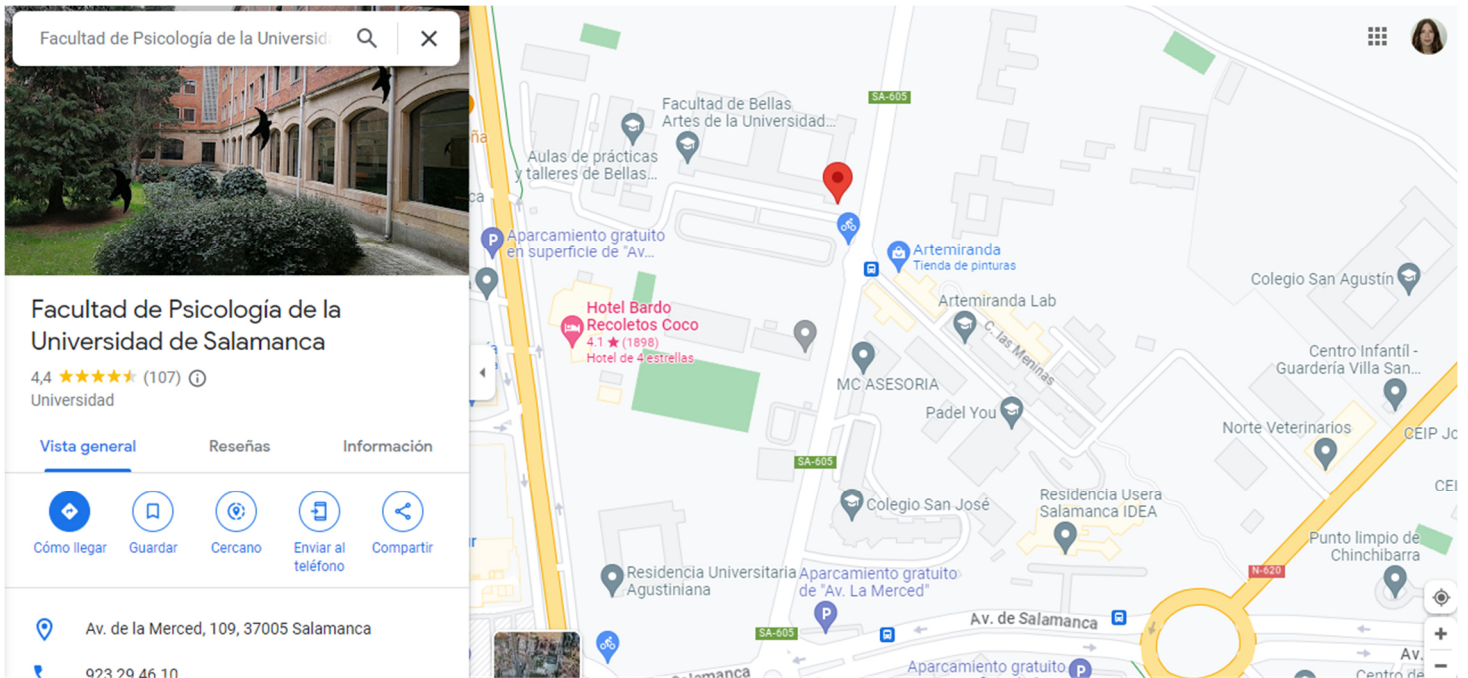
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud (WHO). Cáncer [Internet]. Who.int. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cancer>
2. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. NIH; 2011 [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/oncologia>
3. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. Cáncer de mama [Internet]. Seom.org. 2023 [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1>
4. Asociación Española Contra el cáncer ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Contraelcancer.es. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-5. 5ª ed. Estados Unidos: American pschiatric Publising, 2013. 947 p.
6. American Cancer Society. Personas que atienden a alguien con cáncer y la familia [Internet]. Cancer.org. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer.html>
7. Quirón Salud. Autoexploración, la detección precoz del cáncer de mama en tus manos [Internet]. Quirónsalud. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/autoexploracion-deteccion-precoz-cancer-mama-manos>
8. Asociación Española contra el cáncer. Linfedema, secuela del cáncer de mama [Internet]. Contraelcancer.es. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/secuelas-cancer-mama>
9. Jiménez-Echenique J. La terapia ocupacional, fundamentos de la disciplina. Cuad - Hosp Clín [Internet]. 2018 [citado el 18 de mayo de 2023];59(ESPECIAL):82–7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762018000300012&script=sci_arttext
10. Fernández Rodríguez E J. Principios básicos de la intervención del terapeuta ocupacional en el paciente oncológico. España: Círculo científico-didáctico, 2020. 105p.
11. CPTOPR. Terapia Ocupacional Después de una Mastectomía [Internet]. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: www.lymphnet.com
12. Camargo MJG de, Santos CRA de A dos, Ferreira JN de F, Abonante KSFB. Contribuição da terapia ocupacional para a organização da rotina de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama: um enfoque nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2022;30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao255033281>

13. American Cancer Society. Where and How Are Services Provided? [Internet]. 2012 [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/>
14. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL (*). Re\ Esn Salud Púhhca. 1997; Vol. 71.
15. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano Scales for the functional assessment in the elderly. Galicia Clin. 2011; Vol. 11.
16. Williamson A, Hoggart B. Pain: A review of three commonly used pain rating scales. Journal of Clinical Nursing. 2005; Vol. 14, p. 798-804.
17. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).
18. Taboadela CH. Goniometría: una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. Buenos Aires: AsociartART, 2007.
19. Amador SAS. Escala de Daniels: qué es, características, y funciones [Internet]. Psicologiymente.com. 2020 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/salud/escala-daniels>
20. Moreno W. Principales conceptos de la Terapia Ocupacional (MARCOS y MODELOS) [Internet]. Red Estudiantil Mexi. 2020 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/principales-conceptos-de-la-terapia-ocupacional-marcos-y-modelos>
21. Española Contra el Cáncer A. Linfedema. Prevención y tratamiento [Internet]. 2010 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: www.todocancer.org
22. González Fernández L. Vivencias de mujeres con linfedema postmastectomía. Un estudio fenomenológico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Europea de Madrid; 2020.

ANEXOS.

Anexo 1. Ubicación del proyecto.



Anexo 2. Índice de Barthel.

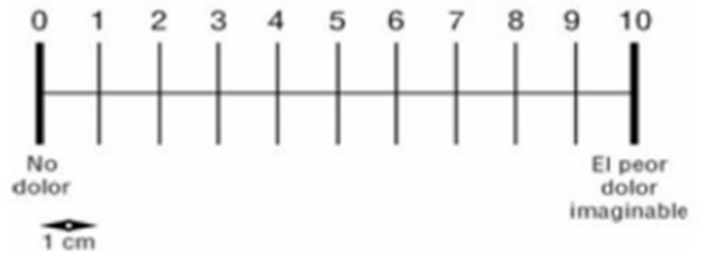
<p>Comida</p> <p>10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo</p> <p>0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona</p>
<p>Aseo</p> <p>5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.</p> <p>0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.</p>
<p>Vestido</p> <p>10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda</p> <p>5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas</p>
<p>Arreglo</p> <p>5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.</p> <p>0. Dependiente. Necesita alguna ayuda</p>
<p>Deposición</p> <p>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.</p> <p>5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.</p>
<p>Micción</p> <p>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)</p> <p>5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse</p>
<p>Ir al retrete</p> <p>10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.</p> <p>0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor</p>
<p>Traslado cama /sillón</p> <p>15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.</p>

<p>10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.</p> <p>5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.</p> <p>0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.</p>
<p>Deambulaci3n</p> <p>15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.</p> <p>10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador</p> <p>5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n</p> <p>0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro</p>
<p>Subir y bajar escaleras</p> <p>10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona</p> <p>5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.</p> <p>0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor</p>
<p>Total:</p>

Anexo 3. Escala de Lawton y Brody.

	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
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
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
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
D. CUIDAR LA CASA	
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
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
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
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
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
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
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

Anexo 4. Escala Visual Análoga (EVA).

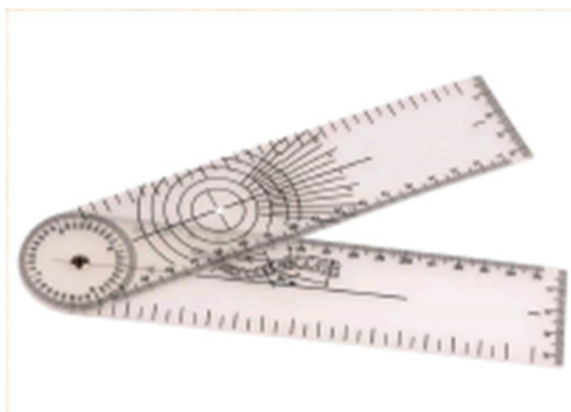


Anexo 5. Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Anexo 6. Instrumentos para valoración del Linfedema.



Goniómetro.



Cinta Métrica



Dinamómetro.

Anexo 7. Escala de Lovet-Daniels-Oxford.

Grados	Término	Descripción
5	Normal	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima .
4	Buena	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia moderada .
3	Regular	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento sólo contra la gravedad al eliminar la resistencia .
2	Pobre	Alcanza la amplitud total de movimiento al eliminar la gravedad .
1	Vestigios	Contracción visible o palpable sin movimiento muscular significativo.
0	Nula	No se observa ni se siente contracción .

Anexo 8. Ejercicios respiratorios.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Diafragmáticos

Toma aire por la nariz intentando hinchar el abdomen. Mantén el aire unos segundos y a continuación expúlsalo lentamente por la boca.

El movimiento del abdomen se controla colocando las manos sobre él.



Torácicos bajos



Inspira el aire expandiendo la parte inferior del tórax. Mantenlo durante unos segundos y a continuación expúlsalo lentamente por la boca. Coloca tus manos a nivel de las últimas costillas para apreciar el movimiento de las mismas al tomar el aire.

Torácicos altos

Inspira el aire expandiendo la parte superior del tórax. Mantén el aire unos segundos y expúlsalo lentamente por la boca. Sitúa las manos en la parte alta del tórax.



Anexo 9. Ejercicios para movilidad del brazo.

EJERCICIOS BÁSICOS PARA FAVORECER EL FLUJO LINFÁTICO

1



Sentada en un taburete, eleva lentamente el brazo hacia delante abriendo y cerrando la mano.

2



En la misma posición separa el brazo lateralmente, abriendo y cerrando la mano.

4

Sentada lateralmente a la mesa, desplaza el brazo hacia delante y hacia atrás colocando un libro bajo la mano para facilitar el desplazamiento.



3



Sentada frente a una mesa, con el tronco recto, coloca la mano con un libro bajo ella sobre la mesa. Desliza el libro lentamente hacia delante hasta el momento en que comiences a sentir una molestia. Vuelve a la posición inicial.


5

Sentada sobre un taburete, sujeta una toalla por la espalda, con una mano por arriba y otra por debajo y realiza movimientos hacia ambas manos.




Anexo 10. Ejercicios prevención del linfedema.

1




Coge un palo horizontalmente y levántalo todo lo que puedas.

2




Pon los brazos en cruz y elévalos juntando las palmas de las manos.

3




Coloca ambas manos entrecruzadas en la nuca, junta los codos delante y luego sepáralos al máximo sin soltar las manos.

4




Coloca las manos entrecruzadas en la espalda lo más alto que puedas y lleva los brazos atrás.

5




Sitúate frente a una pared. Con el brazo afectado dibuja un círculo lo más grande posible, primero en un sentido y luego en el otro.

6




En la misma posición haz que los dedos índice y anular suban por la pared lo más alto posible.

7




Con los brazos extendidos hacia delante, a la altura de los hombros, flexiona los codos a la vez que cierras el puño. Posteriormente estira el brazo a la vez que abres las manos.

8



Mueve los brazos como si nadases a braza.

9



Con ambos brazos en alto abre y cierra los puños fuertemente.

Anexo 11. Ejercicios físicos para linfedema.



Anexo 12: Productos de apoyo.



Peine con mango



Esponja de baño con mango



Abretarros



Calzador de medias

Anexo 13: Cronograma.

↑ ↓ febrero de 2024

Hoy Día Semana Mes Año ...

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
29/01	30	31	01/02	02	03	04
05	06	07	08	09	10	11
Sesión 1. 17:00-17:45		Sesión 2. 18:00-18:45				
12	13	14	15	16	17	18
Sesión 3. 17:00-17:45		Sesión 4. 18:00-18:45				
19	20	21	22	23	24	25
Sesión 5. 17:00-17:45		Sesión 6. 18:00-18:45				
26	27	28	29	01/03	02	03
Sesión 7. 17:00-17:45		Sesión 8. 18:00-18:45				

↑ ↓ marzo de 2024

Hoy Día Semana Mes Año ...

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
26/02	27	28	29	01/03	02	03
04	05	06	07	08	09	10
Sesión 9. 17:00-17:45		Sesión 10. 18:00-18:45				
11	12	13	14	15	16	17
Sesión 11. 17:00-17:45		Sesión 12. 18:00-18:45				
18	19	20	21	22	23	24
Sesión 13. 17:00-17:45		Sesión 14. 18:00-18:45				
25	26	27	28	29	30	31

Intervención desde TO en el linfedema post-mastectomía

↑ ↓ abril de 2024

Hoy Día Semana Mes Año ...

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01/04 Sesión 15. 17:00-17:45	02	03 Sesión 16. 18:00-18:45	04	05	06	07
08 Sesión 17. 17:00-17:45	09	10 Sesión 18. 18:00-18:45	11	12	13	14
15 Sesión 19. 17:00-17:45	16	17 Sesión 20. 18:00-18:45	18	19	20	21
22 Sesión 21. 17:00-17:45	23	24 Sesión 22. 18:00-18:45	25	26	27	28
29 Sesión 23. 17:00-17:45	30	01/05	02	03	04	05

↑ ↓ mayo de 2024

Hoy Día Semana Mes Año ...

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
29/04	30	01/05	02	03	04	05
06 Sesión 24. 17:00-17:45	07	08 Sesión 25. 18:00-18:45	09	10	11	12
13 Sesión 26. 17:00-17:45	14	15 Sesión 27. 18:00-18:45	16	17	18	19
20 Sesión 28. 17:00-17:45	21	22 Sesión 29. 18:00-18:45	23	24	25	26
27 Sesión 30. 17:00-17:45	28	29 Sesión 31. 18:00-18:45	30	31	01/06	02

Intervención desde TO en el linfedema post-mastectomía

↑ ↓ junio de 2024

Hoy Día Semana Mes Año ...

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
27/05	28	29	30	31	01/06	02
03 Sesión 32. 17:00-17:45	04	05 Sesión 33. 18:00-18:45	06	07	08	09
10 Sesión 34. 17:00-17:45	11	12	13	14	15	16
17 Sesión 35. 17:00-17:45	18	19 Sesión 36. 18:00-18:45	20	21	22	23
24 Sesión 37. 17:00-17:45	25	26 Sesión 38. 18:00-18:45	27	28	29	30

↑ ↓ julio de 2024

Hoy Día Semana Mes Año ...

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
01/07 Sesión 39. 17:00-17:45	02	03 Sesión 40. 18:00-18:45	04	05	06	07
08 Sesión 41. 17:00-17:45	09	10 Sesión 42. 18:00-18:45	11	12	13	14
15 Sesión 43. 17:00-17:45	16	17 Sesión 44. 18:00-18:45	18	19	20	21
22 Sesión 45. 17:00-17:45	23	24 Sesión 46. 18:00-18:45	25	26	27	28
29 Sesión 47. 17:00-17:45	30	31 Sesión 48. 18:00-18:45	01/08	02	03	04