

## Terapia ocupacional en oncología: experiencias en prácticas académicas y revisión de literatura

---

**Peñas-Felizzola, Olga L.; Parra-Esquível, Eliana I.; Gómez-Galindo, Ana M.**

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

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 1, 2018

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42258457008>

DOI: 10.15446/rsap.V20n1.62227

## Artículos/Investigación

# Terapia ocupacional en oncología: experiencias en prácticas académicas y revisión de literatura

Occupational therapy in oncology: experiences in academic practices and literature review

Olga L. Peñas-Felizzola<sup>1</sup> olpenasf@unal.edu.co

*Universidad Nacional de Colombia, Colombia*

Eliana I. Parra-Esquível<sup>2</sup> eiparrae@unal.edu.co

*Universidad Nacional de Colombia, Colombia*

Ana M. Gómez-Galindo<sup>3</sup> amgomezg@unal.edu.co

*Universidad Nacional de Colombia, Colombia*

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 1,  
2018

Instituto de Salud Pública, Facultad de  
Medicina - Universidad Nacional de  
Colombia

Recepción: 26 Enero 2017

Recibido del documento revisado: 14  
Agosto 2017

Aprobación: 15 Noviembre 2017

DOI: 10.15446/rsap.V20n1.62227

CC BY

## RESUMEN

**Objetivo :** Indagar sobre la formación de terapeutas ocupacionales en oncología en un programa universitario, e identificar literatura actualizada como evidencia para la formación y práctica profesional.

**Materiales y Métodos :** Estudio exploratorio transversal, con una muestra integrada por 29 estudiantes de terapia ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia. Revisión sistemática de literatura 2010-2015, sobre intervenciones de terapia ocupacional en oncología.

**Resultados :** En la encuesta, menos de una cuarta parte de los estudiantes respondió haber recibido formación sobre manejo clínico de dicho diagnóstico, y sobre la intervención del terapeuta ocupacional con tales casos (24,1%). Poco más de dicho porcentaje (27,6%), ha tenido usuarios con cáncer en sus prácticas académicas. En la revisión de literatura no se encontraron publicaciones nacionales, aunque sí productos inéditos de universidades colombianas. Se recuperaron 54 trabajos internacionales, especialmente en rehabilitación, seguido de las áreas psicosocial y sociolaboral. El cuidado paliativo, la multidisciplinariedad, la experiencia subjetiva del paciente frente al diagnóstico y tratamiento, la atención humanizada e integral desde las diferentes áreas del quehacer terapéutico y el trabajo con cuidadores, se plantean como temas de relevancia profesional en el abordaje del paciente oncológico.

**Conclusiones :** Se aportan referentes para el desarrollo curricular de terapia ocupacional y para procesos de actualización profesional, de competencia de la academia y gremial. Es importante la intervención en cáncer no sólo durante, sino también mientras el tratamiento y posteriormente con supervivientes. Deben incentivarse las publicaciones profesionales, asegurando que arrojen evidencias potentes del impacto de la terapia ocupacional y de la rehabilitación oncológica.

**Palabras Clave:** Terapia ocupacional++ neoplasias++ educación profesional++ atención integral de salud (fuente: DeCS, BIREME).

## ABSTRACT

**Objective :** To inquire about the training of occupational therapists in oncology in a university program, and to identify updated literature as evidence for training and professional practice.

**Materials and Methods :** Cross-sectional exploratory study, with a sample of 29 students of occupational therapy from the National University of Colombia. Systematic review of literature 2010-2015 on occupational therapy interventions in oncology. Results In the survey, less than a quarter of the students reported having received



training on clinical management of this diagnosis, and on the intervention of the occupational therapist with such cases (24.1%). Little more than this percentage (27.6%), has had users with cancer in their academic practices. In the literature review no national publications were found, although there were unpublished products from Colombian universities. Fifty-four international publications were recovered, especially in rehabilitation, it followed by psychosocial and socio-occupational areas. The palliative care, the multidisciplinarity, the subjective experience of the patient in relation to the diagnosis and treatment, the humanized and integral care from the different areas of the therapeutic task and work with caregivers are considered as relevant issues in the oncological patient's approach.

**Conclusions :** Reference points are made for the occupational therapy curriculum development and for professional updating processes, which are both competence of the academy and of the guild. It is important to intervene in cancer not only during, but in the preparation to treatment and subsequently with survivors. Professional publications should be encouraged, making sure they provide powerful evidence of the impact of occupational therapy and oncological rehabilitation.

**Key Words:** Occupational therapy, neoplasms, education professional, comprehensive health care (source: MeSH, NLM).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, el cáncer «(...) es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo (...) Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer»<sup>2</sup>.

Se conocen más de 100 tipos de cáncer, generalmente denominados con el nombre del órgano o tejido donde se manifiesta en forma primaria<sup>3</sup>. En 2012 se presentaron mundialmente cerca de 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de decesos por esta enfermedad, siendo una de las principales causas de muerte<sup>1,3</sup>. Se proyecta que en las siguientes dos décadas la incidencia aumentará cerca del 70%<sup>1</sup>.

Según el Instituto Nacional de Cancerología (INC)<sup>4</sup>, «sin contar el cáncer de piel (...), cuatro de cada diez personas en países desarrollados, y entre una y dos de cada diez personas en naciones en vía de desarrollo, tendrá este diagnóstico antes de llegar a los 75 años, tanto así que cada día mueren aproximadamente 20 700 personas por esta enfermedad».

En el contexto nacional también es considerado un problema creciente de salud pública<sup>5</sup>. Las neoplasias fueron la tercera causa de muerte en Colombia, según informes de 2005 a 2013, aportando el 17,9% de las defunciones<sup>6</sup>. Para 2012 se registraron alrededor de 71 000 casos nuevos y 38 000 muertes, es decir, un promedio de 195 casos diagnosticados y 104 muertes cada día<sup>5,7</sup>. Para el 2030 se proyecta que la incidencia y la mortalidad duplicarán la carga actual en el país<sup>4</sup>.

Es necesario precisar que «la condición de paciente de cáncer resulta no sólo de los efectos directos e indirectos de la enfermedad, sino también de tratamientos tales como cirugía, radioterapia y quimioterapia»<sup>8</sup>, los cuales pueden demandar un tiempo considerable y resultar desconocidos y dolorosos para el paciente<sup>(1-3,9,10)</sup>. Pueden conllevar efectos secundarios inmediatos e incluso a largo plazo, siendo los más comunes náuseas,

vómito, alopecia, diarrea, estreñimiento, anemia, astenia, delirios, quemaduras, edema, neutropenia e infecciones, neuropatía periférica, problemas de memoria y concentración, alteraciones en boca y garganta, para dormir, urinarios y neuromusculoesqueléticos<sup>3,8,11-13</sup>. En esta enfermedad cobran particular relevancia los cuidados paliativos<sup>3,10</sup> y los aspectos éticos relacionados con su manejo<sup>14</sup>.

La enfermedad y la complejidad del tratamiento llegan a afectar los roles ocupacionales y rutinas en la vida diaria, actividades educativas, laborales, de esparcimiento y participación social del paciente<sup>2,3,9,15-21</sup>. Este nivel de afectación funcional experimentado por el individuo exige un abordaje multidisciplinario<sup>2,22,25</sup>, donde los mismos pacientes perciben como necesario el acompañamiento de los servicios de rehabilitación<sup>26</sup> y se reconoce al terapeuta ocupacional como uno de los profesionales requerido en el manejo integral del paciente oncológico<sup>18,24,27</sup>.

A pesar de este panorama, la literatura internacional de terapia ocupacional menciona que aún están pendientes estudios sobre el tema y se necesita comprender mejor el campo de la rehabilitación en cáncer<sup>11,12,28,29</sup>. En el plano nacional, por la escasez de fuentes, podría inferirse una tendencia similar.

Considerando lo expuesto previamente, el presente estudio se planteó como objetivos: a) indagar sobre la formación teórica y práctica en oncología en un programa universitario de terapia ocupacional; b) identificar evidencia científica actualizada que oriente la formación y práctica profesionales.

El presente reporte se deriva de un trabajo más amplio sobre seguridad del paciente en servicios y formación de terapia ocupacional, que cuenta con aval del comité de ética de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional de Colombia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo tuvo dos componentes metodológicos. Inicialmente se efectuó un acercamiento exploratorio de tipo transversal, tomando como población a los estudiantes de terapia ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia, matriculados en el primer semestre de 2016 (163 individuos, según datos de la Dirección Nacional de Planeación y Estadística de la misma Universidad). Dado que se pretendía identificar si en las prácticas formativas los estudiantes habían tenido experiencia con pacientes oncológicos (y no sólo formación teórica), se procedió a un muestreo por conveniencia, invitando a participar en el estudio a quienes habían cursado prácticas durante ese semestre (36 estudiantes, equivalentes al 22% de los matriculados), ya que podían reportar su entrenamiento en ambos componentes.

Con ellos se empleó la versión electrónica diseñada como formulario de Google Drive, que también arrojó frecuencia y proporción de respuestas.

Cada estudiante formalizó previamente un consentimiento informado y se ha cuidado estrictamente la confidencialidad de sus datos personales.

El segundo componente metodológico consistió en una revisión sistemática cualitativa de literatura para el periodo 2010 a 2015, para identificar reportes en idiomas español, inglés y portugués, relacionados con intervenciones de terapia ocupacional en oncología, y proporcionar referentes de evidencia científica en las diferentes áreas del ejercicio profesional: biosocial (rehabilitación), psicosocial (salud mental), educación, sociolaboral (inclusión productiva) y comunidad. Se emplearon como términos de búsqueda: terapia ocupacional, cáncer, oncología y neoplasias. Se consultaron las bases de datos OTseeker, Medline, Biblioteca Virtual en Salud, EBSCO, Academy Search Complete y Ovid-Journals.

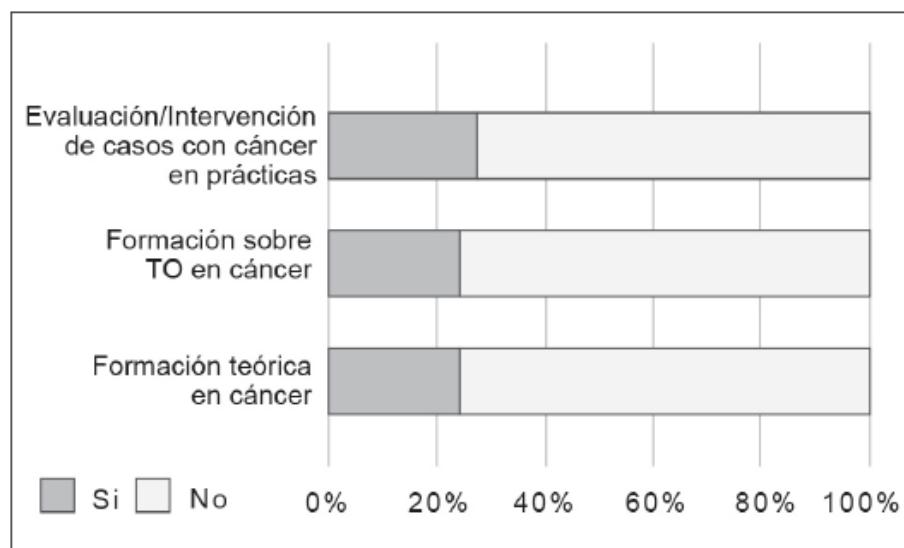
Inicialmente se revisaron títulos de interés. Aquellos que resultaban relevantes, considerando las categorías analíticas definidas para el estudio, eran recuperados para el respectivo análisis de contenido por parte de las autoras. No se tuvieron en cuenta trabajos inespecíficos del tema, por ejemplo, se descartaron los dedicados genéricamente a enfermedades crónicas.

También se consultó la publicación gremial Revista Ocupación Humana, desde 1984 hasta 2015, para identificar el histórico de la producción nacional en la materia. Para sondear aportes de la academia, en la Universidad Nacional de Colombia se consultó la información del Catálogo un y del repositorio institucional, en el portal del Sistema Nacional de Bibliotecas (SINAB), empleando los términos de búsqueda. Los restantes nueve programas universitarios de terapia ocupacional en Colombia se contactaron por correo electrónico, solicitando información sobre trabajos de investigación y tesis desarrolladas sobre el tema.

## RESULTADOS

### *Encuesta a estudiantes sobre formación en manejo del paciente oncológico*

De los 36 estudiantes de prácticas a quienes se invitó a diligenciar la encuesta, 29 aceptaron participar (80,5% de la muestra y 17,8% de la población de matriculados en el programa). La mayoría estaba en séptimo o noveno semestres del plan de estudios (89,7%), y ya había cursado entre dos (58,6%) y tres (20,7%) semestres de prácticas. Menos de una cuarta parte respondió que a lo largo del plan de estudios ha recibido formación teórica sobre el diagnóstico, manejo clínico o implicaciones de la patología, y sobre la intervención del terapeuta ocupacional con dicha población (24,1%). Poco más de dicho porcentaje (27,6%), señaló haber tenido a cargo la evaluación/intervención de algún usuario con cáncer en sus prácticas académicas (Figura 1).

**Figura 1**

Formación en cáncer y manejo de casos oncológicos entre estudiantes de práctica de un programa de terapia ocupacional

#### *Revisión sistemática: contexto nacional*

La revisión en las bases de datos electrónicas no arrojó trabajos nacionales sobre el tema. Al consultar el compilado de títulos de la Revista Ocupación Humana, ninguno de los 254 se refería específicamente al asunto estudiado.

De los diez programas se obtuvo información sobre seis de ellos (60%): dos remitieron la información solicitada y para cuatro se procedió a consultar listados de reportes de investigación, tesis y/o pasantías del programa (con un total de 630 trabajos enlistados). El resultado se muestra en el Cuadro 1.

#### **Cuadro 1**

##### Trabajos sobre cáncer y terapia ocupacional en universidades colombianas que ofrecen el programa académico

Institución	Trabajo/año de publicación
Universidad de Pamplona	No se identificaron trabajos coincidentes con los criterios de búsqueda
Universidad de Santander-UDES	No se identificaron trabajos coincidentes con los criterios de búsqueda
Universidad Manuela Beltrán	Habilidades cognoscitivas y psicomotoras en niño con cáncer (2012) Juego en niños con cáncer y videojuegos como estrategia de intervención (2015) Juego terapéutico en niños con cáncer (2016)
Universidad Nacional de Colombia	Limitaciones funcionales en mastectomizadas (1985) Intervención en niños hospitalizados con cáncer (2002) Terapia asistida con perros para niños con cáncer (2009) Intervención en niños hospitalizados con cáncer (2009)
Universidad Mariana	Juego para mejorar componente emocional de niños con cáncer (2004) Desempeño ocupacional en adultos con cáncer (2006) Musicoterapia en desempeño social y espiritual de niños con cáncer (2009) Habitación en pacientes pediátricos oncológicos (2010)
Escuela Colombiana de Rehabilitación	Destrezas sensoriales, motoras, praxis y cognitivas para favorecer juego en niños con cáncer (2012)

### Revisión sistemática: contexto internacional

El rastreo con los términos de búsqueda inicialmente arrojó 661 artículos, de los cuales 54 aplicaron para las intenciones del presente estudio, cuyo contenido por áreas se muestra en el Figura 2.

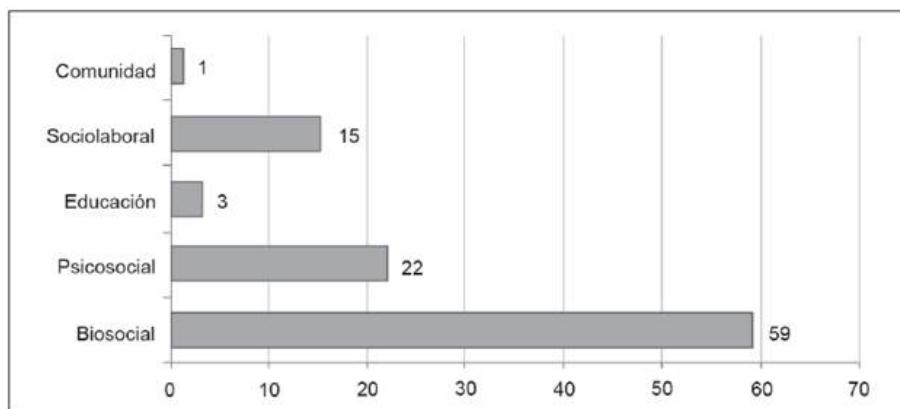


Figura 2

Artículos recuperados en publicaciones internacionales sobre terapia ocupacional en oncología, según área de ejercicio profesional (en porcentaje)

Según el material consultado, en el área biosocial el terapeuta participa mediante evaluación, cuidado y tratamiento para «(...) restaurar, mantener o evitar pérdidas motoras, sensoriales y/o cognitivas que puedan resultar de la enfermedad o los tratamientos necesarios» del paciente oncológico<sup>2,8,9,11,12,15,16,19,23,24,26,27,30-44</sup>. Aborda usuarios con restricciones para realizar actividades significativas y aporta en el abordaje integral desde equipos interdisciplinarios e incorporando acciones de humanización<sup>8,9,11,12,20,36,45</sup>.

La literatura reconoce diferentes momentos y objetivos de la rehabilitación en cáncer: abarca la pre-rehabilitación -incrementar funciones de manera anticipada o preparar nivel funcional de base, desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, para disminuir/prevenir otras condiciones-; rehabilitación durante el tratamiento -centrada, por ejemplo, en higiene de sueño, ahorro energético por presencia de fatiga-; rehabilitación en pacientes con cáncer como condición crónica; y rehabilitación en supervivientes -para manejar imagen corporal, autoestima, fatiga, ansiedad-<sup>11,12</sup>.

En el área psicosocial la intervención responde, entre otros aspectos, a que el bienestar emocional del paciente oncológico se afecta por el trauma y efectos del diagnóstico y del proceso de tratamiento, impactando sobre su participación en roles ocupacionales. Incluso algunos autores mencionan que estas personas pueden experimentar manifestaciones de estrés postraumático<sup>11,12,15,46,47</sup>.

En educación, el terapeuta orienta frente al soporte educativo cuando el proceso relacionado con la enfermedad irrumpie en la rutina escolar. Las actividades lúdicas son especialmente relevantes en la población

pediátrica, pues redundan en habilidades físicas, sociales, cognitivas y psicológicas<sup>2</sup>.

Desde el área sociolaboral, el paciente con cáncer enfrenta consecuencias sobre el desempeño de actividades productivas, incluido el trabajo doméstico, que son abordadas por el terapeuta. Los patrones de trabajo (dejar de trabajar, disminuir o aumentar intensidad de la jornada), se modifican desde el diagnóstico y varían a lo largo del proceso<sup>15,35,48-52</sup>.

Los cambios en la situación laboral de los pacientes constituyen necesidades para acceder a servicios de rehabilitación<sup>26</sup>. Algunos análisis han reportado que el rol de trabajador es el más alterado ante el diagnóstico y al atender el respectivo tratamiento<sup>17,50</sup>. Un estudio menciona, por ejemplo, que los sobrevivientes de cáncer infantil, en la edad adulta podrían tener más dificultades para ubicarse en ocupaciones de mayor cualificación<sup>53</sup>; mientras otro afirma que no siempre los sobrevivientes gestionan adaptaciones o intervenciones en la esfera laboral<sup>17</sup>.

A nivel comunitario, las actividades de participación social se llegan a afectar con la enfermedad y su tratamiento<sup>15</sup>, lo que da cabida a la intervención terapéutica en este ámbito.

Vale mencionar que varios trabajos reconocen limitantes para la participación activa del paciente oncológico en los servicios terapéuticos, como son presencia de sintomatología, realización de procedimientos diagnósticos, estado emocional e interrupción del personal de salud<sup>27,39</sup>. Cuando el servicio se presta en sitios para manejo de casos agudos también se suman dificultades por la disponibilidad de tiempo y espacios, y la resistencia de algunos pacientes a visitar escenarios hospitalarios<sup>24,54</sup>. Estos aspectos deben considerarse en la planeación para el éxito de la atención. El Cuadro 2 muestra los hallazgos más representativos, según área de ejercicio profesional.



**Cuadro 2**  
**Resultados de la revisión sistemática de literatura sobre intervención de terapia ocupacional en oncología, según áreas de ejercicio**

Área de ejercicio	Intervención de terapia ocupacional en oncología
Biosocial	Atención directa: rehabilitación motora, entrenamiento en actividades de la vida diaria e instrumentales, mejora de funciones cognitivas y perceptuales, entrenamiento en técnicas de conservación de energía, protección articular y ósea, manejo de neuropatías y cicatrices, apoyo de dispositivos ortésicos (2,8,19,30,3,2,34,35,40,43,46,55,56). Asesoría telefónica y en contextos rurales para pacientes: brindando soporte sobre funcionalidad, calidad de vida y condiciones emocionales (37,38). Atención indirecta-trabajo con cuidadores: orientación a familia, fortalecimiento de redes, apoyo y orientación en rol de facilitadores del tratamiento ante sentimientos de incertidumbre y desconocimiento de procesos, Disposición de estrategias para mejorar la vida cotidiana de cuidadores, pues se afecta la dinámica familiar, participación en actividades de ocio, autocuidado y productivas (2,25,29,50). Humanización: incentivar y orientar actividades lúdicas, expresivas, momentos agradables y de ocio del usuario y cuidador en la estancia hospitalaria; estimular y potenciar habilidades, adaptación ambiental y promover vínculo entre usuarios; favorecer autocuidado y autoestima (2,35,36,57). Diálogo colaborativo coh equipo de servicios de oncología (44,54). Cuidado paliativo: prevención y alivio sintomático, del dolor, problemas físicos y psicosociales. Evaluación de metas individuales y expectativas para su vida con enfoque en ocupaciones, y posibilidad de ajustar intervenciones considerando recaídas de salud. Componente espiritual y ajustes para mejorar calidad de vida de pacientes en etapa terminal y con cuidadores (9-12,22,28,29,31,45,57,58). En sobrevivientes: desacondicionamiento y fatiga relacionada con cáncer ('cancer-related fatigue'), mejora de función cognitiva (8,11,12,16,19,32-34,44,46,59).
Psicosocial	Estrategias para expresión y manejo de aspectos socioemocionales asociados al diagnóstico y tratamiento: autoestima, imagen corporal, depresión, pasividad, agresividad, ansiedad, temores y afectación de roles ocupacionales (2,11,12,20,46,50). Explorar dimensión espiritual del paciente (11,12). Relajación para manejo de síntomas emocionales y físicos, y motivación para retomar roles ocupacionales (11,12,47,52,60).
Educación	Intervención durante tratamiento, incapacidades en casa o estancias hospitalarias (55). Estrategias para desarrollar habilidades motoras, cognitivas y psicosociales (2).
Sociolaboral	Retorno al trabajo (reintegro, adaptaciones): ante cambios o pérdidas de roles ocupacionales, especialmente productivos, y nueva condición del paciente; por ejemplo fatiga relacionada con cáncer entre supervivientes (17,18,46,48-52,61). Orientar frente a nuevas opciones ocupacionales que tengan significado para el sobreviviente (50). Estrategias para mejorar información sobre expectativas de trabajo entre: sobrevivientes de cáncer, médicos tratantes, empleadores, encargados de salud ocupacional (17,44,48). Estrategias para mejorar desempeño y satisfacción en ocupaciones diarias y significativas del usuario (30).
Comunidad	Participación del terapeuta en equipos de trabajo basado en comunidad para cuidado del paciente (24,46). Intervención individual involucrando cuidadores, agentes comunitarios y procurando que sea cercana al contexto cotidiano del usuario (24,35, 54).

## DISCUSIÓN

A pesar del impacto del cáncer en las estadísticas y proyecciones mundiales y nacionales, de la afectación de la calidad de vida y bienestar ocupacional de quienes enfrentan dicho diagnóstico y de que los avances médicos aumentan la supervivencia de la población oncológica, llama la atención la ausencia de artículos sobre el tema desde la experiencia nacional, así como el moderado volumen del que se dispone en el escenario internacional de la terapia ocupacional (particularmente en áreas como educación, sociolaboral y comunidad), según arrojó la revisión de literatura. Es necesario fortalecer los estudios profesionales sobre el tema, especialmente asegurando que aporten evidencias potentes del impacto de la terapia ocupacional y de la rehabilitación oncológica, tal como han sugerido otros trabajos<sup>28,51</sup>.

En Colombia se resaltan los aportes desde la academia, pues es la fuente de las experiencias identificadas, aunque se hacen llamados para evitar que queden inéditos, pues no se encontró evidencia de publicaciones en las bases electrónicas y fuentes consultadas. Socializar estos avances genera posibilidades de articular y capitalizar logros y dificultades con la comunidad académica y profesional más amplia.



Varios autores coinciden en la importancia de comprender mejor la rehabilitación en cáncer, no sólo durante el tratamiento, sino previo a éste (por ejemplo, ajustes en actividades instrumentales y de la vida diaria), y sobre el trabajo posterior con supervivientes (como ante discapacidades subsecuentes)<sup>11,12,25,32,34,42,44,54,59,61,62</sup>. La terapia ocupacional es esencial «(...) al facilitar la exploración del sentido de sí mismo en la fase de supervivencia, para mantener el desempeño ocupacional en autocuidado, productividad, trabajo, tiempo libre y participación social» del paciente oncológico<sup>30</sup>. Otros temas que resultan claves son el acceso y las barreras en la asistencia de usuarios a terapia ocupacional<sup>33,34,39</sup> y los cuidados paliativos<sup>29,33,34,45</sup>.

Tanto en el tema de oncología como específicamente en cuidados paliativos, la literatura especializada menciona la importancia de la formación de estudiantes y profesionales, pues se relaciona con mayor percepción de disponibilidad y preparación para incursionar en el área, de parte del talento humano. Un estudio internacional estimó que los programas de formación analizados dedican, en promedio, menos de seis horas a este asunto<sup>29</sup>. Esto explicaría los resultados de la encuesta a estudiantes, donde menos de una cuarta parte respondió haber recibido formación sobre cáncer, y casi la misma proporción es la que reporta haber tenido a cargo la evaluación/intervención de este tipo de usuarios en sus prácticas académicas; más aún cuando un amplio porcentaje de la muestra (79,3%) ya ha estado al menos un año en prácticas. Ello plantea un reto académico y gremial, si se tiene presente el peso de dicha condición de salud en las estadísticas y proyecciones de morbi-mortalidad nacionales e internacionales.

La multidisciplinariedad<sup>2,9,22-24,45</sup>, la experiencia subjetiva del paciente frente al diagnóstico y el tratamiento oncológico<sup>11,12,15,32,33,38,45,56</sup>, la atención humanizada e integral desde las diferentes áreas del quehacer terapéutico<sup>2,50</sup> y el trabajo con cuidadores<sup>2,25,29,50</sup>, son otros aspectos que no deben escapar en el manejo del usuario con cáncer.

Como fortaleza, este trabajo aporta valiosos referentes tanto para el desarrollo curricular del pregrado de terapia ocupacional como para procesos especializados de actualización y de competencia no sólo de la academia sino de la agremiación.

Entre las debilidades del trabajo se menciona que no se consideraron los tipos de estudios empleados, que mostraran nivel de validez de las experiencias rastreadas; algunos artículos mencionan que las propuestas o resultados aún no son contundentes o deben revisarse en su validez<sup>37,38</sup>, lo que estaba fuera de las intenciones de este trabajo, pero que debe capitalizarse como una oportunidad para abrir discusiones y generar análisis en tales ámbitos. También, que pudieron haberse excluido trabajos que aplicaban para este análisis, si los términos clave o títulos no coincidían con los criterios de búsqueda establecidos ↔.

## Agradecimientos:

A la terapeuta ocupacional Marisol Murillo, quien apoyó la consulta de bases de datos. A los estudiantes y programas de formación de terapia ocupacional que generosamente nos compartieron sus experiencias. Al Semillero de investigación Terapia ocupacional en tiempos de paz, por su apoyo en el componente documental. A las profesoras pensionadas María Victoria Urrea y Lucy Carrizosa, por sus pertinentes comentarios, y a María Teresa Rodríguez (Q.E.P.D), por su motivación para ampliar las fronteras profesionales.

## REFERENCIAS

1. Cáncer. Washington: Organización Mundial de la Salud, febrero de 2015. Centro de prensa [Internet]. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/1il315R> . [acceso julio de 2016].
2. Lima M, Almohalha L. Desvelando o papel do terapeuta ocupacional na oncología pediátrica em contextos hospitalares. Rev ter Ocup. 2011; 22(2): 172-81.
3. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Disponible en: Disponible en: <http://bit.ly/2erxfbc> . Consultado enero de 2017.
4. Instituto Nacional de Cancerología, Ministerio de la Protección Social. Protocolos de manejo del paciente con cáncer. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; [Internet]. 2012. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2Lm-VTuX> . Consultado en enero de 2017.
5. MinSalud establece reporte para registrar información de pacientes con cáncer. Bogotá: Ministerio de Salud, febrero de 2014. Boletín de prensa [Internet]. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2s53u8j> . [acceso de julio de 2016].
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS), Colombia 2015. Bogotá: Imprenta Nacional; 2016.
7. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2015.
8. Hojan K, Milecky P. Opportunities for rehabilitation of patients with radiation fibrosis syndrome. Rep Prac Oncol Radiother. 2014; 19(1): 1-6.
9. Pituskin E, Fairchild A, Dutka J, Gagnon L, Driga A, Tachynski P, et al. Multidisciplinary Team Contributions within a Dedicated Outpatient Palliative Radiotherapy Clinic: a prospective descriptive study. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2010; 78(2): 527-32.
10. Kristiniak S, Homstrom E, Wiedemann A. Spiritual Care Assessments for Palliative Care Patients. J Pain Symptom Manag. 2010; 39(2): 437.
11. Silver J, Gilchrist L. Cancer rehabilitation with a focus on evidence-based outpatient Physical and Occupational Therapy interventions. Am J Phys Med Rehabil. 2011; 90(Suppl.5): S5-S15.
12. Silver J, Baima J, Mayer S. Impairment-Driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin 2013; 63(5): 295-317.
13. Huelves M, Motilla T, Salsamendi E, Blasco A, Jara E, Provencio M. Recomendaciones básicas para pacientes en relación a la toxicidad por

- quimioterapia. Gepac. Madrid. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://goo.gl/XzpEKB>. Consultado en mayo de 2016.
14. Kay M, Tansey J. Ethics Rounds: surprising outcomes toward best practices. *J Pain Symptom Manag*. 2010; 39(2): 436-7.
  15. Assad D. Avaliação de qualidade de vida de pessoas com câncer de cabeça e pescoço atendidas na central de quimioterapia. [Internet]. 2010. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2IPXZpA> . Consultado en julio de 2016.
  16. Baxter M, Dulworth A, Smith T. Identification of Mild Cognitive Impairments in Cancer Survivors. *Occup Ther Health Care*. 2011; 25(1): 26-37.
  17. Nachreiner N, Ghebre R, Virnig B, Shanley R. Early work patterns for gynaecological cancer survivors in the USA. *Occup Med*. 2012; 62(1): 23-8.
  18. Saarik J, Hartley J. Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16(1): 6, 8-12.
  19. Nelson W, Suls J. New approaches to understand cognitive changes associated with chemotherapy for non-central nervous system tumors. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 46(5): 707-21.
  20. Cologna P. Papéis ocupacionais de pacientes com câncer colorretal submetidos à quimioterapia. [Internet]. 2010. Disponible en: Disponible en: [http://file:///D:/Downloads/PAP\\_Mono\\_ColognaPT\\_2010.pdf](http://file:///D:/Downloads/PAP_Mono_ColognaPT_2010.pdf) . Consultado en agosto de 2016.
  21. Lancheros L, Merchán R, Martínez L. Tamización del riesgo nutricional en el paciente oncológico. *Rev Fac Med*. 2014; 62(Supl.1): S57-64.
  22. Fairchild A, Watanabe S, Chambers C, Yurick J, Lem L, Tachynski P. Initiation of a multidisciplinary summer studentship in palliative and supportive care in oncology. *J Multidiscip Healthc*. 2012; 5: 231-39.
  23. Chasen M, Bhargava R. A rehabilitation program for patients with gasteroesophageal cancer. A pilot study. *Support Care cancer*. 2010; 18(Suppl 2): S35-40.
  24. Wagland R, Ellis J, Bailey C, Haines J, Caress A, Williams M, et al. Considerations in developing and delivering a non-pharmacological intervention for symptom management in lung cancer: the views of health care professionals. [Intermet]. 2012. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2rZnEl6> . Consultado en agosto de 2016.
  25. Toledo M, Ballarin M. O cotidiano de cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico. *Cad Ter Ocup*. UFSCar. 2013; 21(1): 75-8.
  26. Thorsen L, Gjerset G, Loge J, Kiserud C, Skovlund E, Fløtten T, et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol*. 2011; 50(2): 212-22.
  27. Konzen B. The reason for failure of participation in Physical Therapy and Occupational Therapy during cancer inpatient rehabilitation and the effect of a simple intervention. *J Pain Sympton Manage*. 2010; 39(2): 436-7.
  28. Silva ADiferentes intervenções de terapia ocupacional em cuidados paliativos - revisão sistemática de literatura. [Internet]. 2013. Disponible en: Disponible en: <https://goo.gl/xvW8PD> . Consultado en agosto de 2016.

29. Meredith P. Has undergraduate education prepared occupational therapy students for possible practice in palliative care?. *Aust Occup Ther J.* 2010; 57(4): 224-32.
30. Newman R. Re-defining one's occupational self 2 years after breast cancer: a case study. *Work.* 2013; 46(4): 439-44.
31. Garcia-Schinzari N, Sposito A, Pfeiffer L. Cuidados paliativos junto a crianças e adolescentes hospitalizados com câncer: o papel da terapia ocupacional. *Rev bras Cancerol.* 2013; 59(2): 239-47.
32. Stubblefield M, Schmitz K, Ness K. Physical functioning and rehabilitation for the cancer survivor. *Semin Oncol.* 2013; 40(6): 784-95.
33. Pergolotti M, Cutchin M, Weinberger M, Meyer A. Occupational Therapy use by older adults with cancer. *Am J Occup Ther.* 2014; 68(5): 597-607.
34. Pergolotti M, Deal A, Williams G, Bryant A, Reeve B, Muss H. A randomized controlled trial of outpatient cancer rehabilitation for older adults: The CARE program. *Contemp Clin Trials.* 2015; 44: 89-94.
35. Lemoignan J, Chasen M, Bhargava R. A retrospective study of the role of an occupational therapist in the cancer nutrition rehabilitation program. *Support Care Cáncer.* 2010; 18(12): 1589-96.
36. Mendes L. Terapia ocupacional em oncologia. [Internet]. 2010. Disponible en: Disponible en: <https://goo.gl/8o7bhD> . Consultado en agosto de 2016.
37. Hegel M, Lyons K, Hull J, Kaufman P, Urquhart L, Liz Z, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psycho-oncology.* 2011; 20(10): 1092-101.
38. Steultjens E, Jongand A, Blom J. Occupational Therapy intervention by telephone was feasible to help decrease participation restrictions in breast cancer patients, but an efficacy study is necessary. *Aust Occup Ther J.* 2013; 60(1): 72-4.
39. Dominick S, Natarajan L, Pierce J, Madanat H, Madlensky L. Patient compliance with a health care provider referral for an occupational therapy lymphedema consults. *Support care Cáncer.* 2014; 22(7): 1781-7.
40. Kakuda W, Abo M, Kobayashi K, Momosaki R, Yokoi A, Ito H, et al. Low-frequency rTMS combined with intensive occupational therapy for upper limb hemiparesis after brain tumour resection. *Brain Inj.* 2010; 24(12): 1505-10.
41. De Braganca K, Packer R. Treatment options for medulloblastoma and CNS Primitive neuroectodermal tumor (PNET). *Curr Treat Options Neurol.* 2013; 15(5): 593-606.
42. Bentley R, Hussain A, Maddocks M, Wilcock A. Occupational Therapy needs of patients with thoracic cancer at the time of diagnosis: findings of a dedicated rehabilitation services. *Support Care Cancer.* 2013; 21(6): 1519-15.
43. Hansen A, Rosenbek M, Sogaard K, Jarden J. The effect of an interdisciplinary rehabilitation intervention comparing HRQoL, symptom burden and physical function among patients with primary glioma: an RCT study protocol. *BMJ Open* 2014; 4(10): e005490.



44. Wiljer D, Urowitz S, Jones J, Kornblum J, Secord S, Catton P. Exploring the use of the survivorship consult in providing survivorship care. *Supp Care Cancer.* 2013; 21(8): 2117-24.
45. Kasven-Gonzale N, Souverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliat Support Care.* 2010; 8(3): 359-69.
46. Player L, MacKenzie L, Willis K, Yim S. Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: a role for Occupational Therapy?. *Aust Occup Ther J.* 2014; 61(4): 230-40.
47. McClure M, McClure R, Day R, Brufsky A. Randomized controlled trial of the Breast Cancer Recovery Program for women with breast cancer-related lymphedema. *Am J Occup Ther.* 2010; 64(1): 59-72.
48. Bains M, Yarker J, Amir Z, Wynn P, Mu F. Helping Cancer Survivors Return to Work: What Providers Tell Us About the Challenges in Assisting Cancer Patients with Work Questions. *J Occup Rehabil.* 2012; 22(1): 71-7.
49. Morrison T, Thomas R. Survivors' experiences of return to work following cancer: A photovoice study. *Can J Occup Ther.* 2014; 81(3): 163-72.
50. Barrozo B, De Carlo M, Ricz H. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. *Rev ter ocup.* 2014; 25(3): 255-63.
51. Rick O, Kalusche E, Dauelsberg T, Konig V, Korsukéwitz C, Seifart U. Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztbl Int.* 2012; 109(42): 702-8.
52. Van Egmond M, Duijts S, van Muijen P, van Der Beek A, Anema J. Therapeutic work as a facilitator for return to paid work in cancer survivors. *J Occup Rehabil.* 2017; 27(1): 148-55.
53. Kirchhoff A, Krull K, Ness K, Park E, Oeffinger K, Hudson M, et al. Occupational outcomes of adult childhood cancer survivors: A report from the childhood cancer survivor study. *Cancer.* 2011; 117(13): 3033-44.
54. Lattanzi J, Giuliano S, Meehan C, Sander B, Wooten R, Zimmerman A. Recommendations for physical and occupational therapy practice from the perspective of clients undergoing therapy for breast cancer-related impairments. *J Allied Health.* 2010; 39(4): 257-64.
55. Sime M, Sishido N, Santos W. Caracterizacão do perfil da clientela do setor da Terapia Ocupacional na oncología Pediátrica. *Rev bras Cancerol.* 2011; 57(2): 167-75.
56. Doyle K, Erickson K, Hegel M. Problem-solving strategies of women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Can J Occup Ther.* 2012; 79(1): 33-40.
57. Keesing S, Rosenwax L. Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Aust Occup Ther J.* 2011; 58(5): 329-36.
58. Faria N. Mulheres com câncer de mama em cuidados paliativos. [Internet]. 2014. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2J8WIJl>. Consultado en junio de 2016.
59. Ryan E, Miskovitz G, Sutton D, Ahles T. Un enfoque de terapia ocupacional adaptada a la rehabilitación cognitiva de los efectos cognitivos colaterales asociados a la quimioterapia en pacientes supervivientes de

- cáncer de mama: dos estudios de mujeres postmenopáusicas afectadas. Psico-oncología. 2011; 8(2-3): 315-42.
60. Mourgues C, Gerbaud L, Leger S, Auclair C, Peyrol F, Blanquet M, et al. Positive and cost-effectiveness effect of spa therapy on the resumption of occupational and non-occupational activities in women in breast cancer remission: a French multicentre randomised controlled trial. Eur J Oncol Nurs. 2014; 18(5): 505-11.
61. Lin Y, Pan P. The use of rehabilitation among patients with breast cancer. A retrospective longitudinal cohort study. BMC Health Serv Res. 2012; 12: p.282.
62. Désirón H, Donceel P, De Rijk A, Van Hoof E. A conceptual-practice model for Occupational Therapy to facilitate return to work in breast cancer patients. [Intermet]. 2013. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2kfnJN6>. Consultado en enero de 2017.

## Declaración de intereses

Conflictos  
Ninguno.  
de  
intereses:

