Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Magíster en Neuro Rehabilitación

Proyecto de Intervención en Salud
“Equinoterapia y Cáncer: Propuesta de Intervención desde un enfoque neuro rehabilitador en mujeres con cáncer de mama del Hospital Herminda Martin en el Centro de Equinoterapia Erre con Erre de la ciudad de Chillán”

Actividad Final de Graduación para optar al grado de Magíster en Neuro Rehabilitación

Autoras:
María José Acuña Méndez
Vilma Andrea Antimán Araneda
Yudith Karla Vargas Vásquez

Profesor/a Guía:
Jenniffer Solange García Rojas.

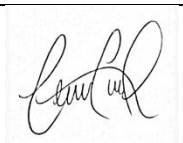
Concepción, Chile
2023

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

En primera instancia es de suma relevancia dar a conocer que toda la información incorporada perteneciente a otros autores, ya sean, nacionales e internacionales están correctamente citados y referenciados, los cuales nos han dado las herramientas necesarias para crear, diseñar y fundamentar la originalidad de nuestro proyecto de intervención en salud: “Equinoterapia y Cáncer: Propuesta de Intervención desde un enfoque neuro rehabilitador en mujeres con cáncer de mama del Hospital Herminda Martin en el Centro de Equinoterapia Erre con Erre de la ciudad de Chillán”.

El acercamiento con las mujeres que han sobrevivido al cáncer, permitieron realizar el levantamiento de una problemática latente en nuestra sociedad y realidad local, junto con ello la bioética en nuestro rol rehabilitador nos inspiraron a crear esta propuesta basada en la neurociencia aplicada mediante la Equinoterapia que nos brinda la posibilidad de reconectar y volver a nuestras raíces como seres íntegros, marcando una dinámica original para soslayar la falta de integralidad en las terapias tradicionales inmersas en cuatro paredes.

Este proyecto busca impregnar tanto en el consciente como en el inconsciente colectivo de nuestra sociedad, para promover cambios biopsicosociales.

María José Acuña Méndez. Terapeuta Ocupacional	
Vilma Andrea Antimán Araneda. Kinesióloga	
Yudith Karla Vargas Vásquez. Fonoaudióloga	

Concepción, 05 de enero del 2024

DEDICATORIA

A las mujeres que han sobrevivido al cáncer de mama y han enfrentado sus efectos secundarios de manera silente e incesante.

Para las mujeres que confiaron en nosotras relatándonos sus experiencias, con la finalidad de sentirse comprendidas y apoyadas, entendiendo que por ningún motivo la calidad de vida será negociable, siendo eso siempre nuestro foco.

Especialmente para Paulina, que ya no está con nosotras.

Descansa en paz.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro querido y admirado Centro de Equinoterapia Erre con Erre de la ciudad de Chillán, por facilitarnos la teoría y experiencia que implica el trabajo con animales nobles, inteligentes, sigilosos pero sagaces cuando ha de serlo. Es por ello que, agradecemos enormemente a los equinos, especialmente a “Agusto”, quién fue uno de los caballos pioneros del Centro.

Al compromiso fehaciente de la psicóloga clínica de la Unidad de Cuidados Paliativo del Hospital Clínico Herminda Martín de la ciudad de Chillán, por guiarnos hacia el asertividad del proyecto.

A nuestras familias, las cuales comprendieron y aceptaron nuestro firme compromiso con la Neuro rehabilitación.

Que la bioética y vocación siempre nos acompañe.

ÍNDICE

DEDICATORIA **3**

AGRADECIMIENTOS **4**

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS **7**

RESUMEN **9**

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN **11**

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO **16**

Efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama: Alteraciones cognitivas, sensorio motoras y fatiga. 17

Influencia de los efectos secundarios en la calidad de vida de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama 20

Influencia de los efectos secundarios en la discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama. 21

Rehabilitación y cáncer. 21

Perspectiva social de cáncer 23

Estrategias para el abordaje del cáncer de mama en Chile 24

Acercamiento a la realidad local 25

Identificación de problemáticas principales 26

Contexto comunitario 26

Teoría Ecológica de Bronfenbrenner y problema central. 27

Equinoterapia 28

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS **33**

Análisis de involucrados según interpretación de rangos 33

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE PROBLEMAS **39**

Problema 42

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE OBJETIVOS **48**

Propósito 49

CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS **56**

Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama: 56

Mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama. Para llevar a cabo este objetivo se consideran las siguientes estrategias: 57

Actualización de enfoques de neuro rehabilitación relacionada a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de los equipos de salud. 58

Presencia de la intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica. 58

Selección de alternativa al problema planteado. 91

Análisis según alternativa seleccionada. 95

CAPITULO VII: DISEÑO METODOLOGICO MÁTRIZ DE MARCO LÓGICO **101**

Propósito del Proyecto de Intervención 108

Componentes del Proyecto de Intervención 110

Descripción del Procedimiento de Intervención 113

Cumplimiento de Indicadores 116

CAPÍTULO VIII: FLUJOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO **119**

CAPÍTULO IX: IMPLICANCIAS ÉTICAS, BIOSEGURIDAD Y OTROS **120**

CAPÍTULO X: CONCLUSIONES DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN **123**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **124**

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1: Escala de interpretación de rangos 1-5 33

Tabla 2: Caracterización involucrados directos. 34

Tabla 3: Caracterización involucrados indirectos. 36

Tabla 4: Mecanismos y alternativas para el cumplimiento de los componentes del proyecto de intervención.....59

Tabla 5: Alternativas para la ejecución del proyecto de intervención. 61

Tabla 6: Recurso humano de trabajo directo en la ejecución del proyecto de intervención. 66

Tabla 7: Recurso humano de trabajo indirecto en la ejecución del proyecto de intervención. 67

Tabla 8: Gastos de inversión en el contexto para la ejecución del proyecto de intervención. 68

Tabla 9: Gastos de insumos para la ejecución del proyecto de intervención. 68

Tabla 10: Gastos de inversión para la ejecución del proyecto de intervención considerando los descuentos obtenidos mediante la gestión de recursos. 70

Tabla 11: Gasto total de inversión para la ejecución del proyecto de intervención. 70

Tabla 12: Resumen narrativo de la matriz de marco lógico.....72

Tabla 13 Indicadores, medios de verificación y supuestos de la matriz de marco lógico 74

FIGURAS

Figura 1: Árbol del problema 39

Figura 2: Árbol de objetivos 48

Figura 3: Cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente, por Servicio de Salud. Chile 2022. 64

Figura 4:Tasa de mortalidad estandarizada de cáncer de mama en mujeres, región de Ñuble. 64

RESUMEN

En Chile el cancer de mama es un problema creciente para la salud pública, pues representa la segunda causa de muerte en población femenina y las tasas de sobrevida de quienes lo padecen alcanza un 80,6%. Estos datos toman relevancia si se considera que la sobrevida puede implicar vivir con los efectos secundarios producidos por la propia enfermedad o su tratamiento, afectando desfavorablemente la calidad de vida de las personas.

En la región de Ñuble, la falta de accesos a entornos no hospitalarios, la normalización de síntomas por parte de las usuarias, las familias, equipo médico e incluso la sociedad junto con la falta intervenciones de rehabilitación oncológica han resultado en que las mujeres sobrevivientes manifiesten un aumento de los síntomas secundarios que no han sido abordados, lo cual se condice con la literatura la cual señala que posterior al tratamiento se ve afectada la esfera sensoriomotoras, cognitivas y fatiga repercutiendo en la calidad de vida de la persona.

Actualmente el Hospital Herminda Martín de Chillán ofrece servicios por parte del equipo oncológico y paliativo. Sin embargo, este no cuenta con un equipo neuro rehabilitador para afrontar las necesidades reportadas por las usuarias.

Este proyecto plantea una intervención de neuro rehabilitación a través de la Equinoterapia la cual es un enfoque de rehabilitación especializado emergente, realizado en un caballo especialmente entrenado, a través del cual profesionales de la salud acreditados y especialistas equinos que conducen el caballo, obtienen beneficios del movimiento y la utilizan como herramienta terapéutica.(3)

ABSTRACT

In Chile, breast cancer is an increasing public health problem, as it represents the second cause of death among women, and the survival rates reach an 80,6%. These data turn relevant if surviving the illness means to keep living with the side effects caused by the disease itself or by the treatment, unfavorably affecting the quality of life of people who has been diagnosed.

It has been identified that in Ñuble region, the lack of access to non-clinical facilities, the understanding that symptoms are considered normal by users, family, medical team and even society, alongside with the lack of oncology rehabilitation services, have resulted in surviving women expressing an increase in secondary symptoms that haven not been appropriately addressed. This is consistent with the literature, that points out that after the treatment, there are symptoms such as sensorimotor difficulties, cognitive problems and fatigue, which impacts the life quality of the patient.

Currently, the Herminda Martin Hospital in Chillán, offers services provided by the oncology and palliative team. Nevertheless, it does include a neuro-rehabilitation team that can address the needs reported by users.

This project proposes a neuro rehabilitation intervention through Equine Therapy, which is an emerging and specialized rehabilitation approach that is conducted with the assistance of a trained horse. The therapy is provided by certified health professionals and equine specialists (who lead the horse), which aims to obtain benefits from equine movement and use it as a therapeutic tool.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado que el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente, con más de 2.2 millones de casos a nivel mundial hasta el año 2020, siendo la causa más común de muerte por Cáncer en mujeres. (4) En Chile, esta patología tiene una elevada prevalencia y por tanto representa un problema de salud pública relevante. Según datos de la International Agency Research on Cancer (IARC), de cada 100 mil mujeres chilenas, 55 presentan Cáncer de mama siendo la segunda causa de muerte en mujeres a nivel nacional. (5)

En la región de Ñuble, los datos relacionados con la mortalidad asociada al cáncer de mama son una preocupación, pues las estadísticas reportadas por el Servicio de Salud de Ñuble en el año 2023 indican que un 14,38% de la población fallece debido a cáncer de mama, siendo la 4° región con mayor prevalencia en el país. Debido a la elevada prevalencia de esta patología, La red pública de salud ha establecido sus estrategias preventivas, implementando el tamizaje mediante mamografías por imágenes diagnosticas en centros de atención primaria en toda la región. La pesquisa del diagnóstico a través de los exámenes preventivos ha permitido que Ñuble ocupe los primeros lugares a nivel país en la cobertura de mujeres con mamografía vigente en el año 2022.(6) Estas estrategias han permitido aumentar la detección temprana y disponibilidad de tratamientos eficaces y, en consecuencia, las personas diagnosticadas han aumentado su supervivencia a largo plazo (7), En Chile, la sobrevida del cáncer de mama alcanza un 80.6% (1). Sin embargo, estos avances implican que existe un aumento en la incidencia de pacientes que sufren posibles efectos secundarios derivados de los tratamientos contra el cáncer, entre las que se destacan las alteraciones cognitivas, sensoriomotoras y fatiga. (8)

Una de las consecuencias del tratamiento del cáncer de mama son las alteraciones cognitivas que se han reportado en más del 50% de las pacientes con este diagnóstico. (9) Dentro de los factores influyentes encontramos el fenómeno denominado en la literatura como *Chemobrain* o quimiocerebro que corresponde al deterioro cognitivo relacionado con la quimioterapia (10). Adicionalmente la literatura señala que, los

pacientes muestran comportamientos sedentarios y modificación de roles posterior al tratamiento. Lo cual repercute en dominios como la memoria de trabajo y a corto plazo, la atención, las funciones ejecutivas y/o velocidad de procesamiento cognitivo de la información que las personas afectadas manejan en su vida cotidiana. (8,10)

Los efectos secundarios a nivel sensorio motor se presentan como consecuencias derivadas de los tratamientos oncológicos como la mastectomía, cicatrices y linfedema. (8) Se ha descrito manifestación de síntomas como dolor, disminución de fuerza y movilidad, sensación de entumecimiento y pesadez, afectándose la coordinación motora del miembro superior, lo cual repercute en la funcionalidad y calidad de vida de la persona. (11) Por último, otro síntoma frecuentemente reportado por las pacientes con cáncer de mama es la fatiga, definida por la Red Nacional Integral del Cáncer como una "angustiosa sensación subjetiva persistente de cansancio o agotamiento físico, emocional y/o cognitivo relacionado con el cáncer o el tratamiento de este, que no es proporcional a la actividad reciente y que interfiere con el funcionamiento habitual".(12)

Actualmente, en Chile las Garantías Explicitas en Salud (GES) tienen como objetivo principal sobrevivir a esta enfermedad, y propone un manejo de los efectos secundarios posterior a los tratamientos mediante el alivio del dolor y tratamiento psicológico a través de Cuidados Paliativos, el cual es abordado por algunos profesionales de salud y del área psicosocial que trabajan individualmente con las pacientes.(13) A pesar de las disposiciones ministeriales , a nivel local en la región del Ñuble, existen problemáticas relevantes que no son cubiertas por los recursos disponibles. Los profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativo del Hospital Clínico Herminda Martín de la ciudad de Chillán, señalan: "Existe un deterioro de funciones cognitivas, las usuarias se vuelven más sedentarias, hay mayor inactividad física, salen menos de sus casas, no se sienten apta. La falta de programa no permite intervenir síntomas como la fatiga oncológica, por ejemplo, que hace que ellas se sientan menos capacitadas para reintegrase a su vida cotidiana" (Anexo 2). Así también en una entrevista dirigida a las usuarias, ellas refieren síntomas como perdida de la motricidad de las manos y la fuerza de las piernas, olvidos en el orden de las cosas que tenían planificado hacer, también reportan pérdida de

memoria y concentración, y alteraciones a nivel de comunicación (Anexo 3). Lo anterior, al presentarse de forma recurrente afectan la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes de esta enfermedad. Tanto los profesionales de salud como las pacientes han descrito que una de las causas del pobre abordaje de los efectos secundarios al tratamiento es la escaza validación social que existe respecto de lo que ocurre con la persona después del tratamiento primario. Describen que en muchos casos se normaliza la sintomatología, y se considera como algo esperable del tratamiento, por lo cual no son atendidos como necesidades de salud por parte del equipo de salud, como tampoco por las familias y las propias usuarias. Por otra parte, es bien sabido que el tratamiento del cáncer demanda una larga permanencia en el centro hospitalario, debido a que la naturaleza del tratamiento demanda que las usuarias deban concurrir con frecuencia a los centros de salud. Esto genera un desgaste psicológico, por lo que una vez que finalizan el tratamiento de quimioterapia, no desean regresar al centro de salud aun cuando tengan necesidades de apoyo médico. Por último, debido a la complejidad de los efectos secundarios que reportan las usuarias, requiere de profesionales de diversas disciplinas especializados en conocimientos oncológicos y de neuro rehabilitación, que puedan entregar atención apropiada a los síntomas que refieren las usuarias.

En la región del Ñuble se encuentra disponible una unidad de oncología de adultos que acoge a las personas diagnosticadas con cáncer de mama, y prestan atención profesional e integral a los pacientes que necesitan quimioterapia de forma ambulatoria, contando con un equipo multidisciplinario conformado por médicos oncólogos, hematólogos e internistas, enfermeras, nutricionistas, psicóloga, trabajadora social, quimicofarmaceutico, técnicos en enfermería, auxiliares y secretaria. A pesar de ello, de acuerdo a los datos informados por profesionales y usuarias del Hospital Regional Herminda Martin, actualmente no existe cobertura que permita abordar sintomatología secundaria del tratamiento del cáncer como los que se mencionaron anteriormente (Anexo 2 y 3,10) . En la literatura se ha descrito que una herramienta potente para el abordaje de estos síntomas es el desarrollo de intervenciones en ambientes no clínicos, que le den la posibilidad a las usuarias de poder buscar apoyo terapéutico alejado de un contexto hospitalario en el cual vivieron un proceso traumático (14), y que muchas veces

genera baja adherencia a los tratamientos, siendo motivo de no tratar los síntomas mencionados.

Este proyecto de Intervención en Salud busca desarrollar un programa de neuro rehabilitación que utilice y potencie el uso de recursos y competencias instaladas con que cuenta la comunidad del Ñuble, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades reportadas por las usuarias y los respectivos equipos profesionales que las atienden en la red salud pública de la comuna, la cual apunta a atender los síntomas secundarios mediante intervenciones terapéuticas en un contexto no hospitalario. La propuesta considera la creación de un proyecto de Equinoterapia la cual se define como un programa multifacético y basado en la evidencia que utiliza los caballos y la naturaleza como medios de comunicación para la rehabilitación física, cognitiva y psicológica de personas que tienen o han tenido cáncer de mama permitiendo desarrollar un trabajo interdisciplinario en el cual intervienen profesionales de todas las áreas.(Anexo 3,15)
El objetivo apunta a disminuir los efectos secundarios derivados del tratamiento de quimioterapia. Para efectos de su ejecución, las actividades propuestas consideran un abordaje integral de la problemática con acciones dirigidas directamente a las usuarias, a la familia, equipos de salud y a la comunidad a través de psicoeducación, La incorporación de un equipo interdisciplinario neuro rehabilitador en atención oncológica entrega una respuesta concretar a los nuevos desafíos del Plan Nacional del Cáncer, el cual apunta a atender las necesidades de salud después de la sobrevida.

Desarrollar la intervención mediante la Equinoterapia es una propuesta innovadora, ya que, muchas veces es impensado que una persona con cáncer pueda realizar actividades fuera del contexto hospitalario por las secuelas posterior al tratamiento que se tiene de la persona con dicha condición de salud. Sin embargo, la revisión de la literatura y los fundamentos de la Equinoterapia permitirán realizar un cambio de paradigma y obtener los beneficios que entrega este tipo de intervenciones. En Chile, se considera a la Equinoterapia como terapia complementaria a los esquemas clínicos de intervención , la literatura chilena reporta que genera un gran impacto en la rehabilitación de la persona,

pudiendo convertirse en una herramienta efectiva a los nuevos desafíos en salud en el área oncológica. (16,17)

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El cáncer de mama se origina en las células del revestimiento (epitelio) de los conductos (85%) o lóbulos (15%) del tejido glandular de los senos, es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. (18) En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres afectadas por la enfermedad antes de los 50 años es de un 32%. (13) En Chile, el cáncer constituye la segunda causa de muerte de la población y la primera fuente de carga de enfermedad, siendo la responsable del 13,8% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) (número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura). (1) Los resultados de los indicadores en salud de esta enfermedad lo señalan como un problema de salud pública prioritario en nuestro país. (19) En la Estrategia Nacional de salud 2011-2020, se considera el abordaje del cáncer en al menos 7 de sus Objetivos Estratégicos (OE) y es específicamente el OE 2, el que propone reducir la tasa de mortalidad asociada a esta enfermedad en un 5%. (1) Como resultado de las estrategias implementadas orientadas a la detección temprana y disponibilidad de tratamientos eficaces, es que las personas diagnosticadas con cáncer de mama han aumentado las tasas de supervivencia, requiriendo de servicios que aborden los problemas de salud secundarios al tratamiento, que prevalecen después de completar el tratamiento. (7)

Un superviviente o sobreviviente de cáncer, es “aquella persona que lleva libre de la enfermedad y tratamiento, por un periodo mínimo de un año, pero sufre las secuelas físicas, psicológicas y sociales por los efectos secundarios derivados del tratamiento del cáncer “.(8) En Chile, la sobrevida del cáncer de mama alcanza un 80.6% (1). Si analizamos los datos por edad, éstos muestran que en el rango etario de 15-29 años la sobrevida, a un año del diagnóstico, alcanza un 85% y en personas de 30-49 años un 95,7% (20). Es decir, durante las últimas décadas se ha incrementado el número de personas que experimentan los efectos secundarios del tratamiento del cáncer afectando su calidad de vida. (21)

Efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama: Alteraciones cognitivas, sensorio motoras y fatiga.

- Alteraciones cognitivas

La cognición es la capacidad que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando correctamente la información del ambiente, para recordarla y utilizarla posteriormente.(22) Después del tratamiento del cáncer se producen cambios en el proceso mental y se vuelve difícil prestar atención y recordar de la misma manera que antes, la disminución en estas funciones es lo que se denomina alteraciones cognitivas. (23)

El Chemobrain o Quimiocerebro, es el término utilizado para describir una alteración cognitiva sutil pero persistente que se experimenta con frecuencia durante o después de la quimioterapia. (24) Se ha reportado que más del 50% de las pacientes con cáncer de mama presentan problemas cognitivos. (9) Quienes experimentan Chemobrain, describen alteraciones en dominios como la memoria de trabajo y a corto plazo, en la atención, las funciones ejecutivas y/o velocidad de procesamiento. (25) Esto se vuelve problemático cuando intentan regresar a sus actividades cotidianas, ya que, requieren un mayor esfuerzo mental para desarrollar tareas lo cual impacta profundamente en su funcionamiento diario y calidad de vida. (24)

La literatura describe que entre los factores influyentes que generarían estas alteraciones son los procesos de neurotoxicidad secundarios al tratamiento, particularmente la quimioterapia, los que tendrían efectos negativos sobre las funciones cognitivas. (26) Así también, el comportamiento sedentario de las sobrevivientes, relacionado con el estado de salud y fatiga física y mental (27, 28) hace que aumenten el tiempo de vigilia, repercutiendo en funciones como la memoria, lo cual genera dificultades en el manejo y procesamiento de la información dirigida de manera endógena por regiones ejecutivas de alto nivel del cerebro, también llamado procesamiento top-Down. (29)

Respecto a los procesos de neurotoxicidad, estos se han atribuido a los efectos de la quimioterapia. (30) Los fármacos que cruzan la barrera hematoencefálica producen

muerte celular y cambios en niveles de hormonas neuro protectoras como la testosterona y estrógenos, y el estrés oxidativo que se genera disminuye la capacidad antioxidante celular, y una desregulación del sistema inmunológico causada por la liberación de citocinas. Todos estos fenómenos metabólicos provocan una disminución en la velocidad de procesamiento cognitivo y tiempo de reacción; así también, se produce un daño vascular en pequeños vasos del sistema nervioso central, afectándose la irrigación de zonas cerebrales encargadas de los procesos asociados a la cognición. (31)

- Alteraciones sensoriomotoras.

Los efectos secundarios también se expresan en síntomas físicos, los cuales se presentan como consecuencias derivadas de los tratamientos oncológicos como la mastectomía, cicatrices y linfedema. (8) Este último es una complicación común del cáncer de mamá y se caracteriza por la inflamación crónica causada por la ineficiencia del sistema linfático para drenar fluidos y proteínas. Estos se acumulan en el espacio intersticial, manifestándose síntomas como dolor, disminución de fuerza y movilidad, sensación de entumecimiento y pesadez, afectando la coordinación motora del miembro superior. (11) También se descrito que las alteraciones asociadas a la disfunción del sistema linfático afectan los rangos de movimiento, la fuerza del hombro y fuerza de agarre, lo cual podría producir una limitación en la realización de actividades, repercutiendo en la funcionalidad y calidad de vida de la persona. (11,32)

Otro efecto secundario derivado del tratamiento de quimioterapia es la pérdida de la densidad ósea, afectando principalmente las extremidades inferiores. (33) En el estudio desarrollado por Moore (7) en mujeres premenopáusicas, de edades entre los 40 y 45 años que recibieron tratamiento de quimioterapia, reportaron una perdida significativa de densidad ósea al año siguiente a la quimioterapia. Lo mencionado anteriormente sumado al desacondicionamiento físico producto del sedentarismo se ha asociación directamente a las fracturas a causa de un mayor riesgo de caídas en las sobrevivientes de cáncer de mama. Adicionalmente, la capacidad de marcha se ve mermada en pacientes con cáncer, (32) ya que, el riesgo de caída restringe la capacidad de caminar largas distancias y

levantarse de una silla, transformándose en factores que repercuten en la funcionalidad en las actividades cotidianas y la participación en la sociedad. (32)

Un déficit en las correcciones musculares que contrarresten la fuerza de la gravedad, altera el resultante de las variables cinéticas y cinemáticas derivadas del centro de presión, lo cual sumado a la interacción de los sistemas sensoriales: vestibular, propioceptivo y visual, junto con los déficits musculares y del control nervioso, que en su conjunto son componentes determinantes del control postural aumentan la susceptibilidad de caídas, que actúan en sinergias en el desequilibrio. (34,35)

Otros efectos secundarios que ha sido identificado como una complicación grave inducida por la quimioterapia es la neuropatía periférica. Esta se manifiesta mediante dolor crónico en las extremidades, provocando síntomas musculoesqueléticos, como las artralgias, debilidad muscular, fatiga crónica y trastornos motores que inciden en la adherencia al tratamiento rehabilitador post cáncer de mama, (7,36). Además de los efectos secundarios de la quimio y radioterapia, la cirugía de cáncer de mama es otra intervención que se asocia a efectos sensorio motores afectando las estructuras corporales Las cirugías y sus secuelas pueden provocar necrosis tisular y cicatrices en el sitio operado, reduciendo la movilidad de la columna, el tórax, la cintura escapular y las extremidades superiores, debilidad en el torso y los músculos alterando el control biomecánico y de la postura, repercutiendo en las ocupaciones significativas.(36,37) La afectación de la función neuromuscular, y la fuerza muscular disminuida, reducen la tolerancia al ejercicio repercutiendo en una disminución de la actividad física, (36) la cual es entendida como cualquier movimiento del cuerpo que requiera energía, por ejemplo, durante el desarrollo de tareas cotidianas. Esta, es conocida por reducir el riesgo de enfermedades crónicas, así como los efectos secundarios de las terapias contra el cáncer, y puede mejorar el pronóstico y la supervivencia de la enfermedad. (38)

- Alteraciones emocionales y fatiga

Un síntoma frecuente, reportado por las pacientes con cáncer de mama, es la fatiga, definida por la Red Nacional Integral del Cáncer como una angustiosa sensación subjetiva persistente de cansancio o agotamiento físico, emocional y/o cognitivo relacionado con el cáncer o el tratamiento de este, que no es proporcional a la actividad

reciente y que interfiere con el funcionamiento habitual. (12) Entre las causas psicológicas más comunes de la fatiga en personas con cáncer, se menciona la ansiedad y la depresión. (16) En mujeres más jóvenes se han reportado peores niveles de fatiga, asociándose con una disminución de la función física, social y cognitiva. (27) Esto puede deberse a que el impacto del diagnóstico de cáncer de mama también es diferente a lo largo de la vida, pacientes más jóvenes tienen un mayor riesgo de depresión, ansiedad y pensamientos intrusivos. La ansiedad y miedo al futuro es común en 20 -30% de los pacientes. (39)

La fatiga es un síntoma persiste en los supervivientes de la enfermedad, y se considera un fuerte predictor de calidad de vida, influyendo incluso, en la aceptación de la enfermedad, involucrando componentes cognitivos y emocionales. (40) En cuanto a su prevalencia, , una revisión de literatura realizada por Al Maqbali (2021), describió que entre un 50 y un 92% de los pacientes con cáncer presentan fatiga. La elevada prevalencia de la fatiga asociada a diferentes etapas del cáncer y a su tratamiento sugiere que este síntoma sea manejado adecuadamente, por lo que resulta fundamental evaluarlo de forma rutinaria, identificar e implementar intervenciones adecuadas para el prevenir su aparición y acciones para reducirla. (12)

Influencia de los efectos secundarios en la calidad de vida de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

La calidad de vida se define como la valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global, en relación a su salud y a las consecuencias de su enfermedad y tratamientos. (41) En un estudio publicado por la revista Public Health el año 2021, se calculó la media entre las puntuaciones de calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer de mama en comparación con los grupos de mujeres sin antecedentes del diagnóstico. Los tamaños del efecto negativo en las sobrevivientes reflejaron déficits en áreas de funcionamiento y bienestar físico, cognitivo, social y emocional, todos los cuales son componentes determinantes para la calidad de vida en comparación con los grupos sin antecedentes de cáncer de mama. (42) Del mismo modo, se ha descrito que las pacientes más jóvenes con cáncer de mama tienen mayores restricciones en los componentes físico, emocional

y cognitivo arrojando un peor resultado en la calidad de vida, si lo comparamos con pacientes de mayor edad, afectando significativamente sus actividades diarias. (43)

En la práctica clínica, dado que el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad ha mejorado, la supervivencia y la calidad de vida se ha convertido en un punto importante de investigar a fin de optimizar las intervenciones para mejorarla, (41,44) ya que aun cuando existe certeza de que el tratamiento primario continúa incapacitando a las pacientes, las intervenciones destinadas a la etapa de supervivencia de la enfermedad son insuficientes. (45)

Influencia de los efectos secundarios en la discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.

El Servicio Nacional de Discapacidad define como persona con discapacidad a aquellos individuos que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otra, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad. (46) En el cáncer de mama será el estadio del mismo y los efectos secundarios de los tratamientos, con las secuelas crónicas consecuentes, los que determinen el grado de discapacidad. La valoración de esta deberá realizarse una vez acabado el tratamiento, en función de la sintomatología crónica y la limitación funcional de la persona. (47)

En sobrevivientes de cáncer, el 55% informan restricciones en el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria, y el 37% reporta menor capacidad de desempeñarse en actividades básicas de la vida diaria. (48) Como consecuencia del aumento de la sobrevivencia, los pacientes viven más tiempo con más años de discapacidad relacionada con el cáncer, por lo que, para reducir la discapacidad relacionada a esta enfermedad es necesario desarrollar intervenciones cuyo objetivo sea abordar varios síntomas secundarios (dolor, déficit cognitivo, perdida de la función motriz, etc.), y no uno en específico. (48)

Rehabilitación y cáncer.

La rehabilitación del cáncer busca reducir la discapacidad y mejorar el funcionamiento de los supervivientes. (48) El Instituto Nacional del Cáncer la define como “un proceso para

restaurar las capacidades mentales y/o físicas perdidas debido a una lesión o enfermedad, con el fin de funcionar de manera normal o casi normal". (49) Esto implica que el enfoque rehabilitador este centrado en el paciente, resultando clave la comunicación para que el equipo de atención médica este actualizado con los objetivos de la persona. Por otra parte, los objetivos de la intervención deben centrarse en la función y/o calidad de vida y requiere de un enfoque de equipo interdisciplinario que, a diferencia de los equipos multidisciplinarios que se esfuerzan en lograr tareas orientadas a la especialidad, estos trabajan en conjunto para alcanzar las metas del paciente y los objetivos de sus disciplinas individuales. En la realidad chilena no hay suficientes especialistas en rehabilitación con experiencia oncológica. (48) Tradicionalmente los equipos de salud que trabajan en el área oncológica están enfocados en llevar a cabo acciones para sobrevivir a la enfermedad, siendo un nuevo desafío en salud, abordar los efectos secundarios en los sobrevivientes. (1)

A lo largo del proceso del cáncer, los sobrevivientes frecuentemente se preocupan por la fatiga, la salud general, el dolor, el estado físico y el funcionamiento social y emocional. La derivación a rehabilitación del cáncer debe ocurrir si estos síntomas persisten y además interfieren el desarrollo de las actividades de la vida diaria y/o movilidad (49). La diversidad de manifestaciones clínicas en pacientes con cáncer, debido a la propia patología como la los efectos adversos de las intervenciones que reciben, hacen que exista la necesidad de que el equipo rehabilitador esté compuesto por diversos profesionales, los cuales trabajen con un enfoque interdisciplinario. En pacientes con cáncer de mama, las habilidades de comunicación y socialización pueden verse afectadas negativamente por déficits cognitivos y/o alteraciones del habla, siendo necesaria la intervención del Fonoaudiólogo dentro del equipo interventor (49) . En lo que respecta a las deficiencias en la función de las extremidades superiores que desempeñan un papel importante en el desarrollo de actividades cotidianas junto con la cognición, que es fundamental para la secuenciación, la conciencia y la transferencia en el desempeño de las tareas, será necesario contar el apoyo rehabilitador del Terapia Ocupacional. Finalmente, el abordaje de la sintomatología física sensoriomotora y el tratamiento de síntomas como la fatiga, es posible abordarlas mediante el desarrollo de actividad física

y ejercicio terapéutico para lo cual se deberá considerar la intervención del Kinesiólogo. (49)

Perspectiva social de cáncer

Conocer en profundidad las experiencias desde la perspectiva de las pacientes con cáncer de mama es fundamental, pues esta información permitirá que la cobertura de prestaciones de salud, las estrategias terapéuticas, los programas de intervención y la cobertura de atención supla las reales necesidades de quienes han vivido con el diagnóstico. (8) Sin embargo, la percepción social de la enfermedad también es un factor que influye en cómo la persona que vive el proceso se adhiere al tratamiento.

En la actualidad las representaciones sociales que existen acerca del cáncer son una preocupación para la sociedad y es un estigma que deben enfrentar las personas que viven la enfermedad. Esto influye en la participación de la mujer en sus tratamientos y cuidados (50). Por lo general, se asocia el cáncer con muerte, dolor y un resentimiento de la persona por tener que enfrentar esta situación que la afecta a ella y a su entorno. La sociedad tiene una percepción distorsionada del diagnóstico por lo que se conoce de la enfermedad, generando una penetrante y atemorizante noción de lo que significa. En un estudio publicado por Giraldo-Mora (2009) señala que existe una percepción general de la población asociada a temibles consecuencias cercanas a la muerte, considerándose una enfermedad catastrófica que acarrea pérdidas importantes, con efecto emocional destructor como el miedo y la desestabilización del proyecto de vida. Sumado a lo anterior existe angustia por la deficiente calidad de la atención en salud y sufrimiento para la familia. La ignorancia colectiva e histórica sobre la enfermedad la hace más temible y difícil de llevar. (51). La perspectiva social que existe respecto al cáncer, y las consecuencias nocivas que ésta tiene sobre los individuos que sufren esta condición de salud, hacen necesario un cambio de paradigma respecto a la enfermedad. Los avances de la medicina respecto at tratamiento y cura del cáncer han permitido que exista una resolución favorable al diagnóstico, y aun cuando la salud se deteriora, es posible recuperar la funcionalidad y optar a una buena calidad de vida, permitiendo tener una perspectiva más favorable respecto a esta enfermedad.

Estrategias para el abordaje del cáncer de mama en Chile

En Chile, entre las acciones para dar respuesta a las necesidades de la población con diagnóstico de Cáncer, las más recientes son la promulgación de la Ley del Cáncer el año 2020 (52), cuyo objetivo establecido en el artículo 1 es:

"establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas, y acciones destinadas a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del Cáncer, el adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, conforme a lo establecido en el Plan Nacional del Cáncer, así como crear un fondo de financiamiento adecuado para lograr ese objetivo" (página 1).

El Plan Nacional de Cáncer, documento elaborado por el Ministerio de Salud y que debe actualizarse cada 5 años, cuenta con su última versión que aborda el periodo 2022-2027, y detalla los programas de salud pública encaminados a reducir la incidencia y la mortalidad y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. El plan nacional establece que las dimensiones a trabajar por los equipos de manera prioritaria son la rehabilitación y calidad de vida de la persona y su familia, el manejo del dolor y la reinserción post cáncer.

En la actualidad, se apunta a que las personas sobrevivientes de esta enfermedad no solo logren superarla, sino que también logren niveles de calidad de vida que les permita reintegrarse en su espacio comunitario, desarrollarse satisfactoriamente en el ámbito personal y familiar. Respecto al tratamiento rehabilitador es importante aclarar que este apunta principalmente a entregar atención durante el tratamiento primario del cáncer, desarrollándose intervenciones desde el momento diagnostico hasta la resolución de este o el término del tratamiento. No se considera la entrega de prestaciones de salud en la etapa de seguimiento ni para el abordaje de efectos secundarios al tratamiento.

El Plan Nacional (1) menciona como un punto relevante el aumento de la sobrevida, lo que ha conllevado en los últimos años, a tener en cuenta las consecuencias de la propia enfermedad y de su tratamiento, que puede implicar una discapacidad en desmedro de la calidad de vida de las personas. En este contexto, la *Reinserción Post Cáncer* se plantea como un modelo de intervención que plantea un desafío para nuestro país y para los equipos oncológicos y de rehabilitación. A través de programas específicos, la

reinserción post cáncer deben incluir un acercamiento comprensivo que provea apoyo, tanto a la persona como a su familia, para enfrentarse a la enfermedad, su tratamiento y también a las secuelas, permitiéndoles recuperar el estado funcional y mejorar la calidad de vida. Esto ha implicado el diseño de un Grupo de Prestaciones Priorizadas (GPP) que se haga cargo de circunstancias sociales, necesidades de salud mental, comorbilidades, efectos secundarios del tratamiento y medición de la calidad de vida a largo plazo. (1)

Acercamiento a la realidad local

Desde la dirección del Hospital Herminda Martín de Chillán y el Servicio de Salud Ñuble se desprende el departamento de atención ambulatoria que tiene bajo su alero al Centro de Responsabilidad del Cáncer (Centro Oncológico) del cual derivan distintas unidades: Unidad Oncológica Medica y Hematológica, Unidad de Quimioterapia, Unidad de Radioterapia, Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos y Unidad de Medicina Nuclear, las cuales conforman el equipo transdiciplinario. Además, cuentan con apoyo transversal logístico, conformado por apoyo clínico y administrativo. (Anexo 1)

La Unidad de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos, tiene el enfoque de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, como el cáncer. De acuerdo a información publicada por el Plan Nacional del Cáncer 2022-2027 del Ministerio de Salud (20), esta unidad cuenta con financiamiento garantizado, gracias a su inclusión como problema de salud en la Ley AUGE. Es así que las prestaciones sanitarias incluidas, tienen garantía de acceso de 5 días para tratamiento desde la confirmación diagnóstica. Este financiamiento, incluye alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer progresivo y alivio del dolor por cáncer no progresivo.

El equipo de trabajo de esta Unidad en el Hospital de Chillán, está conformado por cinco médicos, tres enfermeras, dos psicólogas, una nutricionista, una trabajadora social, tres técnicos en enfermería y un administrativo. En particular, la realización de este proyecto se basa en información proporcionada por un miembro clave de esta comunidad profesional, la psicóloga clínica de la Unidad, quien se desempeña hace 9 años en atención de pacientes oncológicos progresivos y no progresivos. Entre sus funciones está el realizar acompañamiento del proceso de la enfermedad tanto al paciente oncológico

como a su familia, y desarrollar terapia de apoyo de duelo a las familias según sea el caso.

Identificación de problemáticas principales

El contacto con la profesional (Anexo 2), permitió acercarnos a la realidad de las pacientes que se atienden en este centro de salud y que han sobrevivido a esta enfermedad, logrando identificarse como problemas más relevantes para las pacientes con cáncer de mama las dificultades a nivel cognitivo, sensorios motores y emocionales. Estos efectos secundarios causados por el tratamiento, repercuten en cómo se integran nuevamente a su vida, pero desafortunadamente, el Hospital de Chillán no cuenta actualmente con servicios de salud que permitan cubrir estas atenciones, por ende, tampoco se cuenta con profesionales especialistas en neuro rehabilitación, ya sea kinesiólogo, fonoaudiólogo y/o terapeuta ocupacional que puedan dar atención a las usuarias a fin de disminuir la incidencia de estos efectos que permitan mejorar su calidad de vida . La inexistencia de servicios que aborden los problemas de salud de las personas con cáncer de mama hace necesario poder abordar esta necesidad, y constituye en este proyecto, el problema central que guía su desarrollo.

Contexto comunitario

Cabe mencionar que, en la realidad local, Chillán es capital regional de Ñuble, y cuenta con universidades dentro de la misma ciudad, permitiendo la formación de profesionales del área de la salud y la rehabilitación, quienes podrían desempeñarse laboralmente en la misma localidad y especializarse en rehabilitación y cáncer. Así también, Chillán es una ciudad con cultura agrícola, donde la urbe está muy cerca de lo rural, con centros destinados a la rehabilitación, permitiendo acceder a entornos no hospitalarios para desarrollarse en esta área y brindar atención a los usuarios cerca de la ciudad.

El Centro de Equinoterapia Erre con Erre es un centro destinado a la rehabilitación de usuarios con diferentes diagnósticos y con necesidades de neuro rehabilitación y se encuentra en la zona rural de Chillán. Este centro proporciona un contexto no hospitalario para la atención de sus usuarios y cuenta con un equipo de neuro rehabilitación interdisciplinario. El centro es liderado como una sociedad de profesionales, y está conformado por su fundadora, tres administrativos, un kinesiólogo, dos fonoaudiólogas,

un terapeuta ocupacional, 3 técnicos en intervención asistida con animales y 9 caballos especializados en Equinoterapia.

Los antecedentes recabados y expuestos anteriormente nos permiten evidenciar la problemática, y la solución según la cultura y la realidad local de la Región de Ñuble, en la ciudad de Chillán.

Teoría Ecológica de Bronfenbrenner y problema central.

Los factores que dan origen al problema central, se fundamentan sobre la base de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner. Esta teoría menciona cuatro sistemas que envuelven al núcleo primario, entendido como el mismo individuo (53). El Microsistema, se refiere al nivel inmediato y más cercano en el que se desarrolla la persona; el Mesosistema, apunta a la interrelación de dos o más entornos en los que la persona participa; el Exosistema, se refiere a las fuerzas que influyen en lo que sucede en los microsistemas y, por último, el Macrosistema se refiere a las condiciones sociales, culturales y estructurales determinantes en cada población. (54)

En el caso de los pacientes con cáncer de mama, de acuerdo a la teoría de Bronfenbrenner, el ambiente cercano del enfermo suele verse incrementado por entornos que llegan a convertirse cotidianos como lo son el hospital, esto genera que sus microsistemas aumenten y la dinámica de funcionamiento entre ellos se torne más complejo e influya en la persona. El paciente se vuelve el punto de partida del análisis de múltiples variables, esto conlleva a que, si la percepción que el entorno tiene sobre la enfermedad neoplásica es negativa y la visión que transmiten es que no existe solución, es de esperar que exista una inadecuada resolución del diagnóstico o tratamiento. En cuanto al mesosistema, las necesidades y practicas institucionales en lo referente al tipo de atención y tratamiento dependen en gran medida de la legislación a nivel nacional, las actitudes que la persona percibe en sus entornos cotidianos, son en función de la imagen general que la sociedad tenga de la enfermedad y por último las políticas gubernamentales y autonómicas son las que determinan las áreas sanitarias prioritarias y la calidad de la atención que recibe el enfermo. (55)

Por ende, es fundamental comprender la importancia de un proyecto de intervención en lo que respecta al problema central, de manera de poder favorecer una mejor calidad de

vida y disminuir la discapacidad en mujeres con cáncer de mama que si bien, han resuelto el diagnostico primario, permanecen con sintomatología que aqueja su salud.

Equinoterapia

En el cáncer y otras enfermedades crónicas, si los pacientes no reciben un tratamiento integral, las condiciones pueden empeorar debido a los efectos secundarios del diagnóstico o del tratamiento, por lo que es necesario atender tanto los aspectos psicosociales del cáncer como la enfermedad física. (56,57)

Para la atención del paciente oncológico, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, dependiente de los Institutos Nacionales de Salud del mismo país, reconoce las medicinas complementarias y alternativas como productos y prácticas médicas que no forman parte de la atención de salud estándar. En esta práctica se enmarcan las Intervenciones Asistidas por Animales (AAI) que son un tratamiento complementario de interés reciente y se definen como la interacción del paciente con un animal para mejorar la angustia psicológica y los síntomas relacionados con el cáncer. Estas se subdividen en 2 categorías: Actividades Asistidas por animales (AAA) y Terapias Asistidas por Animales (TAA). Estas últimas son las importantes para los pacientes con cáncer, porque están estructuradas por profesionales clínicos y son deliberadamente destinadas a producir un resultado terapéutico determinado como, por ejemplo, incrementar habilidades físicas, cognitivas y la disminución de la fatiga. (58). Una de las terapias asistidas por animales que, de acuerdo a la literatura, tiene evidencia de sus beneficios en la intervención de pacientes con cáncer de mama, es la Equinoterapia.

La Equinoterapia o Terapia Asistida por Equino, es un enfoque de rehabilitación especializado emergente, asistido por un caballo especialmente entrenado, a través del cual profesionales de la salud acreditados (p. ej., kinesiólogo, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo, entre otros) y especialistas equinos que conducen el caballo, obtienen beneficios del movimiento equino y lo utilizan como herramienta terapéutica. Los movimientos que genera el caballo al caminar son biomecánicamente similares a los movimientos humanos y producen micro ajustes comparables del equilibrio postural, las habilidades motoras finas y gruesas del paciente y el refuerzo del control sensoriomotor. En consecuencia, los músculos se fortalecen y mejoran los rangos de movimiento

articulares, junto con ello la estabilidad, la coordinación, la activación de sinergias musculares, favoreciendo la estabilidad de la cadera y el tronco. (16,59) Por otra parte, un estudio realizado por Viruega (16), señala que la Equinoterapia tiene una acción directa sobre los potenciales cognitivos y la regulación emocional de la persona, a través de las interacciones de varias redes neuronales.

En pacientes con cáncer la Equinoterapia proporciona un marco personalizado, auto comprometido, eficiente y no intrusivo de las esferas física, mental, emocional y espiritual del usuario. En un estudio de métodos mixtos en sobrevivientes de cáncer en Estados Unidos (EE.UU) e Italia, se mostró un efecto positivo de las Intervenciones Asistidas con Animales, mejorando la calidad de vida de los participantes. (60) Estos hallazgos son consistentes con el estudio publicado por Viruega (16), quien describió que la hipoterapia produjo un aumento en la calidad de vida después de la primera semana de tratamiento, manteniendo estos resultados incluso 6 meses después.

En cuanto a los déficits cognitivos (p. ej., en atención, concentración, función ejecutiva, memoria de trabajo), los pacientes con cáncer que han desarrollado su rehabilitación a través de Equinoterapia han presentado una evolución favorable a lo largo de la intervención que se mantiene una vez finalizado el programa. (58) La Intervención Asistida por Animales, ofrece mejoras en la atención y funciones ejecutivas a través de la fluidez verbal. (61)

La fatiga es el síntoma más común que experimentan los sobrevivientes de esta enfermedad, la cual actualmente también se asocia con ansiedad y depresión. Su evaluación comprende cinco subconjuntos: fatiga general, fatiga mental, fatiga física, fatiga motivacional y reducción de actividad. Se ha demostrado que la Equinoterapia permite una mejora significativa en estos síntomas en el trascurso de la intervención (58), mostrando una disminución significativa en estados emocionales negativos como la ansiedad y el estrés, mejorando el estado de ánimo después de la terapia, y disminuyendo consistentemente los niveles de dolor percibido. (58) A través de una mejor función cerebral, reduce el estrés, promoviendo aumento en la sensación de bienestar y la concentración. (61)

En cuanto a los mecanismos de transducción neurobiológica, un estudio realizado por Holder (56), menciona que interactuar con el animal tiene efectos en el cuerpo que son psicológicos, pero que también intervienen en un circuito de retroalimentación con los sistemas endocrino e inmunológico. Las interacciones afectivas entre la persona y el animal afectan positivamente las concentraciones de dopamina, cortisol, oxitocina, prolactina, endorfinas y feniletilamina. Holder (56) describió que el tacto físico, por ejemplo, genera el reclutamiento de una vía neuronal sensorial antes de que la mente consciente pueda procesar la estimulación física positiva y el contexto situacional. A partir de aquí, el cerebro responde naturalmente liberando dopamina, epinefrina y otros neuroquímicos, lo que resulta en una mejora del estado de ánimo y un efecto generalmente positivo y disposición a la terapia. Esto permite interpretar que los efectos beneficiosos de estas intervenciones son probablemente productos de la estimulación específica del sistema oxitocinérgico y también de la acción del cortisol como un actor importante junto con la oxitocina. (56,62)

Estudios cualitativos han explorado la opinión de los pacientes oncológicos que han recibido este tipo de intervenciones, quienes han reportado sentirse satisfechos con la intervención de Equinoterapia. Además de percibir las mejoras en su funcionamiento y estado de salud, los pacientes señalaron que la terapia con caballos les proporciona una sensación de felicidad o esperanza, una distracción y la motivación necesaria para la recuperación. (58)

Los resultados obtenidos en intervenciones de hipoterapia con pacientes oncológicos se respaldan en diferentes marcos teóricos basados en diferentes Teorías:

1. Teoría de la biofília: Sostiene que las personas tienen una atracción natural hacia otros seres vivos, tanto la flora como la fauna. Wilson (63), define la biofília como " Una tendencia innata a centrarse en la vida y los procesos vitales", esta teoría se centra en el funcionamiento social humano, y propone que la interacción con la naturaleza es parte de nuestro repertorio emocional y conductual, por lo tanto, también podría explicar el beneficio recibido de las intervenciones incluso en una sola sesión y de corta duración, donde ni la integración completa en la red de

apoyo del usuario ni el desarrollo de un vínculo han tenido tiempo razonable para ocurrir. (56)

2. Teoría del Apoyo Social: sostiene que las personas existen en redes de apoyo de diversa complejidad y magnitud que pueden definir cómo reaccionan al estrés. En la Intervención Asistida por Animales, el animal de terapia se inserta como otro nodo útil en la red de apoyo del paciente, evitando ciertos obstáculos y proporciona beneficios diferentes a los de las interacciones humanas tradicionales. (56)

3. Teoría General del Vínculo: se refiere a la relación dinámica entre personas y animales de tal manera que cada uno influye en el estado psicológico y fisiológico del otro. A medida que madura el vínculo entre un humano y un animal, ambas partes se benefician. (56)

4. Teoría de auto objeto: considera al animal de terapia como un objeto ideal con el que el ser humano forma un vínculo estable. Los beneficios observados provienen directamente de la percepción de los pacientes de que participar en estas intervenciones puede ser algo constructivo o bueno para los demás y no sólo para ellos mismos, ayudando a los pacientes a ejercer un control de su enfermedad y de su calidad de vida, resultando en una sensación de participación activa que produce efectos positivos. (56)

5. Teoría de la Activación Cognitiva del Estrés: ofrece una relación entre el estrés y la salud, donde una respuesta sostenida del estrés puede contribuir a la sensibilización central, alteraciones de las redes cerebrales funcionales y el aprendizaje excesivo basado en el miedo, cumpliendo un papel potencial en la regulación del cortisol, la inflamación y el comportamiento de la enfermedad inducida por la inflamación en el dolor crónico posterior a la cirugía. (56,64)

6. Teoría de la Atención Egens: sostiene que el éxito de la Equinoterapia se basa en gran medida en comportamientos bidireccionales de búsqueda de atención en los

que el animal de terapia asume efectivamente un papel que normalmente desempeña otro ser humano. La estimulación sensorial considera que el contacto físico y sus beneficios son posiblemente sólo una de las varias fuentes de estimulación sensorial positiva proporcionada por un animal de terapia. La responsabilidad y finalización de las tareas, alude a que completar tareas y actividades definidas en las sesiones de Equinoterapia con un animal, puede generar beneficios positivos en diversas áreas para el ser humano involucrado. (56,65,66)

7. Teoría de Apego: en el área de oncología cobra fuerza en la Intervención con Animales, ya que la calidad del vínculo general se correlaciona directamente con los beneficios psicológicos y fisiológicos que cualquiera de las partes obtiene de las comodidades de la relación. (48,67)

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

El análisis implica indagar y articular los diversos sistemas ecológicos que envuelven a la población estudiada, el fin de este estudio es obtener información relevante, por ende, se aplican estrategias que permitan la inclusión o exclusión de los posibles involucrados. Los seleccionados se categorizan en directos e indirectos, atribuyéndoles poder, intensidad y fuerza. (68) La identificación y solución han acompañado paralelamente este proceso investigativo. Para ello se utilizaron reuniones, entrevistas, encuestas, grupos focales, entre otros. (Anexos 2 y 3)

Para la correcta interpretación, se realiza el análisis de involucrados según rangos, caracterizándolos en directos e indirectos. Esto se realizará evaluando el **poder,** entendiéndolo como un posible facilitador o barrera del proceso, este poder radica fuertemente en la solvencia económica. Por otra parte, la **fuerza** también puede facilitar o ser una barrera durante la ejecución del proyecto. Sin embargo, la **intensidad** que se refiere al grado de involucrado según el rol y proceso.

Para ello, se usará una escala de interpretación (tabla 1), la cual usa una escala de valoración tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 considerado como “Muy poco relevante”, y 5 como “Máxima relevancia”.

La relevancia será designada según categoría a evaluar.

Tabla 1: Escala de interpretación de rango de 1 a 5 para análisis de involucrados.

1	2	3	4	5
Muy poco relevante.	Poco relevante.	Medianamente relevante.	Importante relevancia.	Máxima relevancia.

Nota: Escala de interpretación de rangos de 1 a 5. Siendo el 1 muy poco relevante; 2 poco relevante; 3 medianamente relevante; 4 importante relevancia y 5 máxima relevancia.

Análisis de involucrados según interpretación de rangos

- Análisis de involucrados directos.

En la tabla 2, se muestra la caracterización de los involucrados directos del proyecto de intervención, a los cuales se evaluó según la escala de interpretación de rangos descrita anteriormente (tabla 1).

Tabla 2: Caracterización de involucrados directos.

Involucrados primarios e internos	**Poder (1-5)**	**Intensidad (1-5)**	**Fuerza (1-5)**
Mujeres sobrevivientes de Cáncer de mama del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble.	4	5	4
Familia nuclear de mujeres sobrevivientes de Cáncer de mama del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble.	3	5	3
Familia extensa, cuidadoras o cuidadores remunerados de mujeres con Cáncer de mama del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble.	2	2	2
Directores del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble.	5	4	5
Equipo paliativo oncológico del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble.	4	5	4
Psicóloga Clínica de la unidad Oncológica del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble.	3	5	4
Directora del centro de Equinoterapia Erre con Erre, Chillán, región del Ñuble.	5	5	5
Equipo Neuro rehabilitador del centro de Equinoterapia Erre con Erre, Chillán, región del Ñuble.	4	5	4

Nota: Caracterización y evaluación de involucrados directos con la escala de interpretación de rangos de 1 a 5, según el poder, fuerza e intensidad de su participación en el Proyecto de Intervención.

Poder y fuerza

Los directores del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble y la directora del centro de Equinoterapia Erre con Erre, Chillán, región del Ñuble, califican en esta categoría con el rango de “Máxima relevancia” (5), puesto que, estos grupos son el

sistema concreto que gatilla el cambio a nivel de matriz. El poder y la fuerza que implica la burocracia estatal puede favorecer o enlentecer el proceso interventivo.

Por otra parte, tanto las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, el equipo paliativo oncológico del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble y el equipo Neuro rehabilitador del centro de Equinoterapia Erre con Erre, Chillán, región del Ñuble, estos grupos califican en esta categoría con el rango de “Importante relevancia” (4). El encauzar, problematizar y remediar dichos efectos, genera una subdivisión entre las beneficiarias del proyecto, y los gestores articuladores de intervención. Sin embargo, ambas subdivisiones buscan en conjunto (a través de mesas de diálogo), los medios, el propósito y los fines que vengan a responder las fallas sistemáticas evidenciadas en el aumento de la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensorio motores y fatiga en mujeres sobrevivientes del cáncer de mama.

Con respecto a la familia nuclear y Psicóloga Clínica de la unidad Oncológica del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble, califican con el rango de “Medianamente relevante” (3), esta calificación corresponde al diario vivir de la experiencia implicada por el cáncer de mama. Sin embargo, el poder y la fuerza ejercida por estos grupos se aleja para lograr un cambio significativo a nivel de matriz.

Familia extensa, cuidadoras o cuidadores remunerados de mujeres con cáncer de Mama del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble, califican con el rango de “Poco relevante” (2), puesto que, a pesar de no ser los afectados por el diagnóstico y no problematizar activamente, de igual forma viven y evidencian las fallas sistemáticas que implica el proceso.

Intensidad

Las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, familia nuclear, el equipo paliativo oncológico del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble, la psicóloga clínica, la directora del centro de Equinoterapia Erre con Erre, Chillán, región del Ñuble y el equipo neuro rehabilitador del centro, califican con el mayor rango, posicionándolos en una “Máxima relevancia” (5). La intensidad de estos involucrados se basa en

transformaciones paradigmáticas, siendo este el principal motor de cambio. A pesar de no otorgarles el rol protagónico, son involucrados primarios e internos con la intensidad necesaria para estremecer y concientizar a la sociedad desde sus roles.

Sin embargo, los directores del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble, califican con un rango menor en la intensidad comparada marcándose como “Relevancia importante” (4). A pesar de su fuerza y poder señalados anteriormente, no necesariamente destaca en ellos una máxima relevancia, puesto que la intensidad puede verse corrompida por otras necesidades presentes en el sistema, otorgándole menor valor a esta problemática.

Familia extensa, cuidadoras o cuidadores remunerados de mujeres con cáncer de mama del Hospital Herminda Martin de Chillán, región de Ñuble. Estos clasifican con el rango de “Poco relevante” (2). La poca relevancia atañe a la posible escasez de conciencia y al rol impuesto por dicho diagnóstico, comprendiendo su posición social como un presente circunstancial y no persistente en el tiempo.

- Análisis de involucrados indirectos.

En la tabla 3 se muestra la caracterización de los involucrados indirectos del Proyecto de intervención, a los cuales se evaluó según la escala de interpretación de rangos descrita anteriormente (tabla 1).

Tabla 3: Caracterización de involucrados indirectos

Involucrados secundarios y externos	**Poder (1-5)**	**Intensidad (1-5)**	**Fuerza (1-5)**
Sociedad inserta dentro de la Región Ñuble que no presenta el diagnóstico.	1	1	1
Equipos de rehabilitación de la red.	3	4	3
Otros centros asistenciales de la red de salud del Servicio de Salud De Ñuble.	1	1	1
Municipalidades de la Región Ñuble.	5	4	5
Ministerio Secretaría General de Gobierno.	5	4	5
Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales).	5	4	5

Nota: Caracterización y evaluación de involucrados indirectos con la escala de interpretación de rangos de 1 a 5, según el poder, fuerza e intensidad de su participación en el Proyecto de Intervención.

Poder y fuerza

Las municipalidades de la Región Ñuble, el Ministerio Secretaría General de Gobierno y el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales), califican en esta categoría con el rango de “Máxima relevancia” (5). A pesar del poder y la fuerza que ofrecen estos grupos, se posicionan como involucrados secundarios/externos, porque no necesariamente están involucrados activamente con la problemática evidenciada durante la creación del proyecto de intervención. A pesar de no ser involucrados directos, estos grupos tienen tal relevancia que al concientizar los efectos del problema podrían modificar su estatus de involucrados indirectos a directos, y ser entes activos en el propósito.

Los equipos de rehabilitación de la red, califican en esta categoría con el rango de “Medianamente relevante” (3). Por otra parte, los equipos de rehabilitación de la red comprenden y posiblemente evidencian estas fallas sistemáticas en el área de oncología. Sin embargo, la escasez de los recursos económicos para la contratación de personal y la sobre demanda de atención podrían influir directamente en el poder y fuerza, invisibilizando esta necesidad.

En relación a la opinión de miembros de la sociedad inserta dentro de la Región Ñuble que no presenta el diagnóstico y otros centros asistenciales de la red de salud del Servicio de Salud De Ñuble, califican en esta categoría con el rango de “Muy poco relevante” (1). Esta poca relevancia recae en la dicha del no vivenciar el diagnóstico, por ende, la problemática carece de fuerza. Esta población podría modificar su categoría y usar el poder como una herramienta de cambio según su posición en el sistema.

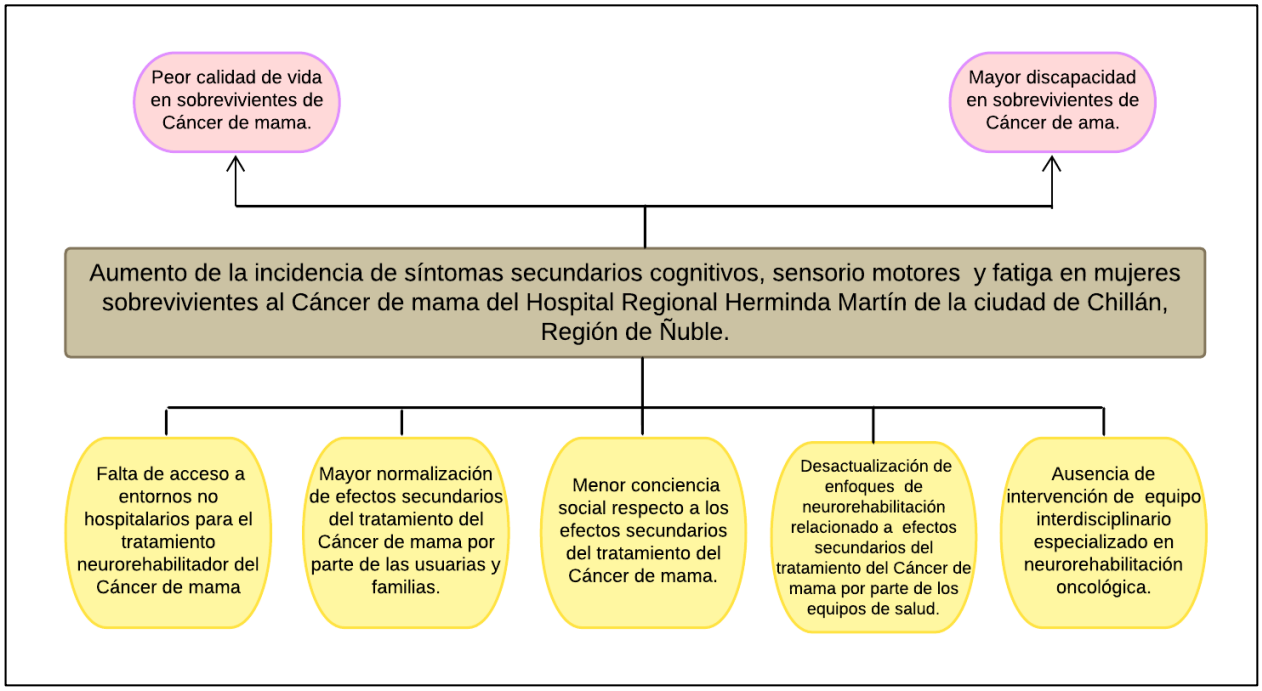
Intensidad

Los equipos de rehabilitación de la red, las Municipalidades de la Región Ñuble, el Ministerio Secretaría General de Gobierno y el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales), califican en esta categoría con el rango de “Relevancia importante” (4). El grado de involucramiento en estos grupos puede potenciar y facilitar la articulación de los sistemas para la ejecución.

En cambio, la sociedad inserta dentro de la Región Ñuble que no presenta el diagnóstico y otros centros asistenciales de la red de salud del Servicio de Salud De Ñuble, califican en esta categoría con el rango de “Muy poco relevante” (1), dado a carencia de imperceptibilidad diagnóstica.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE PROBLEMAS

Figura 1: Árbol del problema



Nota: La figura 1 muestra el árbol del problema del Proyecto de Intervención. En el centro se presenta como problema central el aumento de la incidencia de síntomas secundarios en sobrevivientes de cáncer de mama. En la base se exponen las cinco causas que originarían el problema central, y en la parte superior de la figura, los efectos como consecuencia del problema.

En la realidad chilena, específicamente en la comuna de Chillán, Región de Ñuble, tras conversaciones con el equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martín, y sus diversos actores, se logró recabar información relevante para comenzar a evaluar directrices de los efectos secundarios que manifiestan las usuarias posteriores al tratamiento de quimioterapia. La información obtenida en las reuniones se materializó en una entrevista formal a la psicóloga de la Unidad, quien expuso su preocupación por el aumento de reportes de diferentes síntomas neurológicos por parte de las pacientes, después de haber finalizado su tratamiento contra el cáncer de mama. Desde esta base, se elaboró una encuesta de satisfacción dirigida a las usuarias con la finalidad de conocer la percepción de su estado de su salud posterior al tratamiento primario, y qué necesidades de atención surgen en relación aquello, esto permitió conocer y levantar la problemática en cuestión, directamente desde la voz de las involucradas (Anexo 3).

La información recopilada evidencia una alta incidencia de efectos secundarios. La psicóloga de la Unidad de Paliativos, comenta que, según su experiencia clínica, y al mantener el contacto con las usuarias que no están en los programas oncológicos, ya sea, porque terminaron su tratamiento o fueron dadas de alta, ellas reportaban un deterioro de funciones cognitivas, señalando olvidos y dificultades en la organización, por otra parte, manifestaban tener sensación permanente fatiga después del proceso de tratamiento. En relación a las repercusiones para la salud y la falta de programas, la psicóloga entrevistada señala:" Existe *un deterioro de funciones cognitivas, las personas se vuelven más sedentarias, hay mayor inactividad física, salen menos de sus casas, no se sienten aptas... Esto influye en la calidad de vida, se frustran y se sienten desesperanzadas con respecto al futuro, ya que no hay terapias de rehabilitación para reincorporarse con los efectos secundarios de sus tratamientos*" (Anexo 2). En la misma línea, en la opinión de las usuarias, ellas refieren que las principales dificultades se han presentado en las tareas del hogar y en la reincorporación al mundo laboral, notan dificultades en la memoria, les cuesta organizar tareas o actividades y la velocidad de procesamiento en la resolución de problemas resulta un tanto más difícil que antes. A nivel motor, comentan sentirse menos activas, lo cual repercute en su funcionalidad. Se sienten fatigadas tanto física como mentalmente.

La información obtenida desde la opinión de las involucradas, se condice con la revisión de la literatura. El aumento de incidencia de la enfermedad, detección temprana y la creación de tratamientos más específicos y eficaces, quedan patentes en un evidente y alentador incremento de la supervivencia de las personas afectadas por esta enfermedad, y que sufren múltiples síntomas mientras se esfuerzan por volver a su vida cotidiana después del tratamiento. (69)

En un estudio realizado por Wu H-S (70), de una muestra de 81 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, el 80% informó dos o más síntomas concomitantes relacionados a disfunción cognitiva, disfunción motora, trastornos del sueño, fatiga y estados de ánimo depresivos. En lo que respecta al deterioro cognitivo asociado al cáncer, este ha ganado reconocimiento como un problema importante para las personas que viven más allá de esta enfermedad. A menudo es referido como "quimio cerebro" o "chemofog" (como es descrito en idioma inglés), el cual se define como una disfunción cognitiva sutil pero

persistente que se experimenta con frecuencia durante o después de la quimioterapia con dificultades particulares relacionadas con el mantenimiento de la atención, la memoria y la lentitud mental percibida. (24)

En lo que respecta a la función motora, la literatura describe que es a menudo se mantienen deficiencias en las extremidades superiores, como deterioro de la movilidad del hombro y disminución de la fuerza muscular, los cuales se asocian a cirugías relacionados con el cáncer y tratamientos adyuvantes, como consecuencia de trauma tisular, fibrosis, acortamiento de tejidos blandos y dolor. En una etapa posterior de la recuperación puede surgir una disfunción del nervio torácico, espasmo muscular, seroma y capsulítis adhesiva. Las alteraciones sensorio motoras en las extremidades inferiores, afectan la coordinación motora, el equilibrio estático y dinámico, aumentando el riesgo de caída y fracturas. (36) Estos problemas puede darse en aproximadamente el 60 % de las mujeres con cáncer de mama y puede que persistir durante años. (71)

La fatiga ha sido el síntoma más angustioso y frecuente en los sobrevivientes de cáncer de mama después del tratamiento. Aunque este síntoma se reporta en sobrevivientes de distintos tipos de cáncer, en las mujeres con antecedentes de cáncer de mama se comparten algunas características distintivas. Esta es consistentemente mayor en las mujeres más jóvenes, obesas y diabéticas. Las usuarias que reportan fatiga a menudo comunican síntomas como dolor, depresión, insomnio y disfunción cognitiva. Las estrategias de afrontamiento como el estado de catástrofe podrían desempeñar un papel importante en la persistencia de este síntoma. (72)

En conclusión, considerando la evidencia descrita en la literatura y la información recogida de los involucrados (equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos y oncología del Hospital y las propias usuarias de cáncer de mama), se concluye que el problema es el siguiente:

Problema

Aumento en la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensorio- motores, y fatiga en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama del Hospital Regional Herminda Martin de la Ciudad de Chillán, Región de Ñuble.

Causas del problema

En base a la justificación del presente documento, la causa global guarda relación con las coberturas disponibles a nivel nacional para el tratamiento de la enfermedad, lo cual se detalla en el Plan Nacional del Cáncer, junto con ello el análisis del relato de las involucradas y lo que la literatura nos brinda se pueden concluir y determinar las siguientes causas:

Falta de acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama.

La unidad de Oncología y Cuidados Paliativos comentan la necesidad de generar un taller de estimulación cognitiva, esto trajo a la palestra nuevos desafíos. La información se obtiene de la entrevista a la psicóloga, quien al consultarle si la unidad ha generado alguna ayuda a las usuarias, nos comenta: *"Si, se generó un taller de estimulación cognitivas, lo que nos hizo darnos cuenta que la necesidad inmediata es la falta de programas que abarquen una rehabilitación más integral. Además, nos hemos dado cuenta durante las conversaciones que ellas piden ayuda para tratar todos los síntomas mencionados, pero que también están muy cansadas del contexto hospitalario"*. Por su parte, en la entrevista a las usuarias, ellas comentan estar cansadas de sentir que son un diagnóstico, que después de sobrevivir al Cáncer quedan sin ayuda, y expresan: "*es verdad que somos pacientes, pero también somos personas*", al ser consultadas acerca de su participación en un programa de neuro rehabilitación en el hospital, comentan que, si bien existe interés de asistir, dirigirse al hospital les hace sentir cansadas. Una de las

encuestadas refiere que el ir al hospital le hace pensar que estuvo cerca de la muerte y le genera angustia. (Anexo 3)

Por otra parte, hay que entender que, en el Cáncer y otras afecciones crónicas, si los pacientes no son tratados de manera interdisciplinaria, las condiciones pueden empeorar, ya sea, por el diagnóstico o a los efectos secundarios del tratamiento. El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, reconoce las practicas complementarias y alternativas como productos y prácticas médicas que, si bien, no forman parte de la atención médica estándar, su aplicación entrega beneficios para la salud de las personas con este diagnóstico. (56)

Mayor normalización de efectos secundarios del tratamiento de cáncer de mama por parte de las usuarias y familia.

En personas diagnosticadas de cáncer, el sistema familiar cumple un rol importante en el desarrollo de la enfermedad, y se ha descrito que la forma en como cada miembro de la familia afronta el diagnóstico, afecta directamente al paciente y su calidad de vida. El desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento, además del temor a la pérdida del ser querido, genera desesperación en la familia, experimentando comportamientos ineficaces, ocasionando desequilibrios en su funcionamiento armónico. La opinión de la familia, son elementos que juegan un papel decisivo en la voluntad de las pacientes para tomar decisiones sobre su propia salud.

En la entrevista desarrollada a mujeres con cáncer de mama, algunas señalaron no se sentirse comprendidas por familiares y colegas de trabajo, porque sienten que, al estar dadas de alta, las personas en su entorno asumen que los problemas asociados a la enfermedad deberían estar resueltos. Las mujeres con cáncer de mama refirieron sentir que los familiares no entienden el proceso posterior al tratamiento posterior al alta, porque creen que la enfermedad ya pasó, normalizando los efectos secundarios en consecuencia del proceso “traumático” vivido, sintiéndose invalidadas por su percepción.

Menor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.

Muchas experiencias estresantes pueden estar vinculadas a las estructuras sociales y a la posición de una persona dentro de ellas. Esto se debe a que estas estructuras pueden dar forma a la manera en que las personas interactúan entre sí, acceden a los recursos y experimentar diversos niveles de poder y privilegio. Estos procesos funcionan a través de la estructura social de un conjunto de relaciones con dos elementos: integración social y estructura de redes sociales. (73)

A nivel social, las concepciones del cáncer son una preocupación para la sociedad y es una marca social para la persona que vive la enfermedad. La sociedad tiene una percepción distorsionada del diagnóstico, porque lo que se conoce de la enfermedad genera una penetrante y atemorizante noción de lo que ésta significa. Estos significados se basan en el marco cultural, en su historicidad y en la interacción de una persona dentro de un grupo social en el que comparte experiencias, conocimientos, creencias y valores los cuales regulan las reacciones individuales. Por lo tanto, la conciencia social es importante para el proceso posterior a la quimioterapia, ya que influye en la perspectiva de las mujeres que viven la enfermedad y que después de sobrevivir al cáncer deben integrarse al mundo laboral, cumplir roles sociales, como ser madres de familias y vincularse en otros contextos, como en los de sus hijos y que, por lo tanto, necesitan sentirse apoyadas y no juzgadas por el mundo en el que viven. Si bien la representación social se formula en base a la experiencia de enfermedad, dicha experiencia está inmersa en la persona que vive el cáncer, su experiencia cotidiana con sus familias y, adicionalmente, en su relación con el profesional de la salud, siendo el contexto el que define cada una de esas representaciones. (74)

Desactualización de enfoques de neuro rehabilitación relacionado a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte del equipo de salud.

En un estudio desarrollado por Henderson (24), las mujeres con cáncer de mama, al término de la quimioterapia y transcurrido un tiempo de este, manifestaron sentir disminuido su rendimiento en actividades instrumentales que antes del tratamiento

podían desarrollar con normalidad, se sentían más lentas en su capacidad de procesar información, reportando pérdidas en la memoria y atención. Sin embargo, también mencionaron que estas observaciones no fueron atendidas por el personal médico, ya que se creía que eran consecuencias transitorias. Del mismo modo, las usuarias de cáncer de mama del Hospital Herminda Martín, en la encuesta desarrollada, comentaron que los síntomas cognitivos y físicos eran atendidos como algo esperable del proceso, como consecuencia de todo lo que habían vivido durante el tratamiento primario y que luego de un tiempo estos cesarían sin intervención de parte del equipo de salud.

Por su parte la psicóloga del equipo de Cuidados Paliativos, también menciona que "Existe una normalización de los síntomas tanto de las usuarias, y del personal médico, lo que resta peso a los que sucede después", en consecuencia, la posibilidad de intervenir en los efectos secundarios del cáncer se ven limitadas.

Falta de intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos considera que es necesario abordar las consecuencias del tratamiento de quimioterapia, no solo atribuyéndolo a un manejo psicofísico si no también evaluar otras funciones que puedan estar alteradas y que impactan negativamente en los pacientes, como lo es el deterioro cognitivo, planteándolo como un área prioritaria de investigación. Esto abre la discusión respecto a cuáles son los enfoques de las intervenciones para los pacientes sobrevivientes de cáncer y si estas realmente cubren sus necesidades. (75)

En relación a las normas existentes en Chile, las políticas públicas consideran la cobertura en salud para el cáncer de mama en los tres niveles de atención: nivel primario con acciones de promoción y prevención; nivel secundario incluyendo el diagnóstico, rehabilitación y cuidados paliativos y nivel terciario con tratamientos intensivos. Sin embargo, en lo que respecta a rehabilitación y cuidados paliativos las prestaciones se enfocan en el manejo post quirúrgico de la mastectomía, manejo del dolor, atención domiciliaria, tratamiento farmacológico y contención psicológica, dejando en evidencia la

falta de programas que cubran las necesidades antes reporteadas. (76) Es importante considerar que, la rehabilitación debe adoptar un enfoque con tres conceptos claves. En primer lugar, un enfoque "centrado en el paciente", en segundo lugar, se debe utilizar una técnica de objetivos medibles, alcanzables, concretos, lo que permite la comunicación entre el paciente, el cuidador y el equipo de atención médica y en tercer lugar, y que tiene completa relevancia y concordancia con lo que nos comentan nuestras involucradas es que debe emplear un "enfoque de equipo interdisciplinario" que a diferencia de los equipos multidisciplinarios tradicionales, que se esfuerzan por lograr tareas orientadas a la especialidad, los miembros del equipo interdisciplinario trabajan juntos para cumplir con las metas del paciente, así como con los objetivos de sus disciplinas individuales, para de esta forma mitigar las secuelas de los efectos secundarios posterior a la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama. (49)

Al consultar a la psicóloga de la unidad por la existencia de algún programa de neuro rehabilitación, ella refiere: "*No, no existe un programa. Es difícil ya que no contamos con los profesionales expertos en estas áreas, ya sea kinesiólogos, terapeutas ocupacionales o fonoaudiólogos".*

Efectos del problema

Se describen a continuación los efectos identificados a raíz del problema central dentro de los cuales el presente proyecto tiene alcance tras su ejecución, sin embargo, se declara la posibilidad de existencia de otros efectos directos o indirectos en las múltiples dimensiones, no obstante, estos no tienen alcance en el proyecto que se describe.

Peor calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama.

La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama se reduce gravemente con los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de las terapias. El funcionamiento físico, la fatiga y factores psicosociales, como la vida familiar, las relaciones de pareja, la capacidad de trabajo y las alteraciones cognitivas reportadas en funciones como la memoria, el lenguaje, y la velocidad de procesamiento que afectan el sentido de identidad

de la persona, y sus interacciones con los demás afectan la calidad de vida en esta población. (24) Aun cuando ha habido un aumento en la literatura publicada que busca identificar las necesidades de las sobrevivientes de cáncer de mama, las intervenciones basadas en la evidencia, efectivas y adaptables para la atención son escasas. (72,77) Por lo tanto, centrarse en este punto es tan importante como la supervivencia, ya que, la falta de un equipo interdisciplinario puede no llegar a una rehabilitación orientada a objetivos y centrada en el paciente, lo que no permite optimizar la función y la calidad de vida, y minimizar los impedimentos, las restricciones y las limitaciones de actividad. (49)

Mayor discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.

La discapacidad relacionada con el cáncer es una consecuencia generalizada de la enfermedad en sí. Casi el 55 % de los adultos sobrevivientes de cáncer informan restricciones en su capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y el 37 % informan restricciones en su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Del mismo modo, los sobrevivientes también pueden experimentar desafíos significativos para regresar al trabajo debido a limitaciones funcionales. La influencia negativa de la discapacidad puede afectar todo lo relacionado con el cáncer y la calidad de vida relacionada con la salud. (48)

Las políticas de atención médica deben reconocer el impacto a largo plazo del cáncer y priorizar la prestación de atención de supervivencia a largo plazo. Esto puede implicar atención especializada a los sobrevivientes, abordando sus necesidades únicas a lo largo de la supervivencia. (78)

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE OBJETIVOS

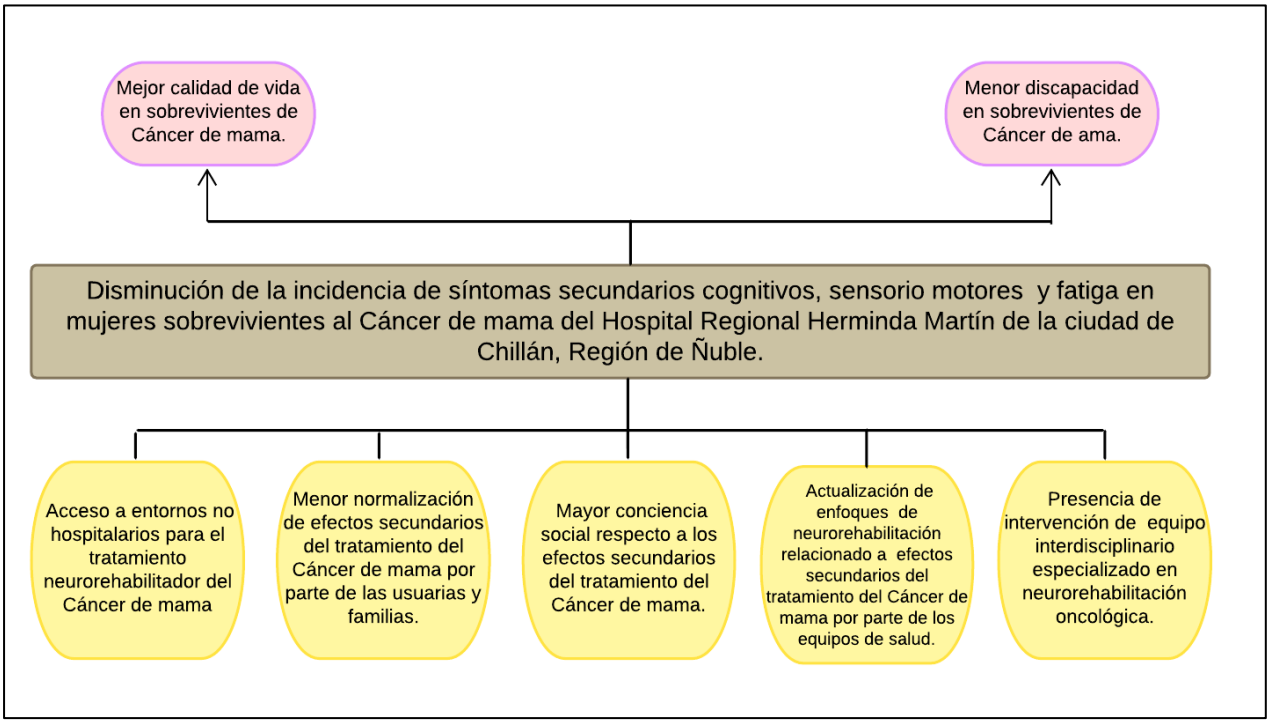


Figura 2: Árbol de objetivos.

Nota: La figura 2 muestra el árbol del objetivo del Proyecto de Intervención. En el centro se presenta como propósito la disminución de la incidencia de síntomas secundarios en sobrevivientes de cáncer de mama. En la base se presentan los medios desde los cuales se propondrán las actividades para lograr los fines del proyecto, los cuales se disponen en la parte superior del árbol.

El cáncer de mama es el cáncer más diagnosticado en población femenina y tiene una alta tasa de supervivencia en la actualidad. (16) Entre las opciones de tratamiento esta la quimioterapia (79) que, si bien tiene por objetivo principal prolongar la supervivencia a esta enfermedad, también tiene efectos secundarios a nivel sensoriomotor, psicológicos y cognitivos que afectan la calidad de vida posterior al tratamiento. (80)

Los efectos secundarios de la alta tasa de supervivencia, sumada a las necesidades expresadas por la voz de las involucradas requieren objetivos imperantes que mitiguen con medios que efectivamente respondan a sus inquietudes, todo esto con el designio en que ellas se sientan parte del proceso y no excluidas de él, logrando así mejor adherencia al tratamiento rehabilitador una vez finalizado el tratamiento primario.

Los efectos secundarios pueden ser intervenidos de manera no farmacológicas, la neuro rehabilitación puede mejorar el funcionamiento cognitivo subjetivo y objetivo. Se videncia en la literatura, que el entrenamiento cognitivo puede mejorar la cognición subjetiva, la velocidad de procesamiento, la memoria verbal, la memoria de trabajo y la memoria episódica en pacientes con cáncer de mama que reportan cambios cognitivos posterior al tratamiento de quimioterapia. (81) Por lo tanto, es necesario la detección de pacientes con alto riesgo de deterioro cognitivo consecuencia del Cáncer. (82)

Las usuarias también presentan alteraciones sensoriales en la mama o el brazo después de la cirugía. Por lo tanto, el efecto de la movilización del tejido blando tiene un impacto significativo en los impedimentos motores sensoriales. (83) Así también, se ha demostrado que el ejercicio durante y después de la quimioterapia y/o la radioterapia es factible y seguro (84). Las intervenciones a través del uso del ejercicio suelen aumentar el desempeño motor de la actividad física y para mantener los efectos positivos logrados, se recomienda que los pacientes continúen desarrollando esta práctica después de la intervención, por ende, la educación al usuario juega un papel fundamental en el plan de tratamiento. (38)

Otros de los síntomas más debilitantes antes, durante y después del tratamiento es la fatiga relacionada con el cáncer, la cual debilita la función física, cognitiva y el desempeño ocupacional de las personas. Por lo tanto, el tratamiento para la fatiga, permite a los pacientes hacer frente a la enfermedad y mejora la adherencia y la eficacia del tratamiento. Además, aseguran la autoconciencia durante el descanso y el movimiento, y así mismo prevenir la debilitación. (85)

En vista del impacto que tiene el cáncer de mama y los efectos secundarios de su tratamiento anterior, se establece como propósito lo siguiente:

Propósito

Disminuir la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensorio motor y fatiga en mujeres sobrevivientes al Cáncer de mama del Hospital Regional Herminda Martin de la Ciudad de Chillán, Región de Ñuble.

Fines relacionados con el objetivo:

Mejor calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

Henein, M & Ells, C (86) identificaron varios factores que afectan la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en todo el mundo, y proporcionó varias orientaciones para el desarrollo de intervenciones que mejoren eficazmente la calidad de vida de estas mujeres, entre ellas abordar los efectos secundarios del tratamiento en sobrevivientes de cáncer.

Las intervenciones a través ejercicios motores, demuestran efectos positivos en la mejora del funcionamiento físico, los rangos articulares del hombro y la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes, generando mejoras incluso en síntomas como la fatiga, lo cual repercute directamente en la calidad de vida de las mujeres con cáncer, más aún si son mujeres jóvenes (87, 88,89,90)

El desarrollo de intervenciones orientadas a las necesidades de las usuarias, nos da como beneficio disminuir los desafíos que presentan a nivel de funciones cognitivas de orden superior, como dificultades de pensamiento crítico o estratégico, el pensamiento creativo, la asimilación de información y la creación de conexiones. En el estudio de Henderson en 2019 (24), a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a 12 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que sufren déficit cognitivos percibidos al menos un año después del tratamiento, se concluyó que la falta de información previa o reconocimiento de los síntomas cognitivos percibidos aumentó la angustia y la preocupación de las usuarias, estos hallazgos destacan la necesidad de que los profesionales de salud aborden de forma proactiva estos problemas y empoderen a las mujeres sobrevivientes a través del desarrollo e intervenciones y estrategias que ayuden a aumentar la calidad de vida.

Menor discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.

En sobrevivientes de cáncer de mama, los efectos secundarios del tratamiento, están asociados a experimentar una mala salud y discapacidad. (48) Uno de los síntomas clínicos con más relevancia a nivel sensorio motor es el linfedema el cual impacta en la funcionalidad de la extremidad superior, siendo un síntoma determinante que puede

generar discapacidad en la persona, ya que limita la realización de actividades básicas, instrumentales y de integración social. (32) Por otra parte, las conductas sedentarias después del diagnóstico en forma frecuente y se asocian con un mal pronóstico. Esta inactividad física está asociada a un incremento del riesgo de enfermedades crónicas y discapacidad, por ende, es fundamental generar intervenciones viables y eficaces. (91)

La intervención oportuna disminuiría el riesgo de discapacidad. (32) En una revisión sistemática desarrollada por Rodríguez-Cañamero (92) que tuvo por objetivo evaluar el impacto del ejercicio físico en usuarias con cáncer, identificó el efecto positivo del entrenamiento aeróbico en la capacidad y la función física de las usuarias. Los resultados reportaron una disminución de la fatiga física y mental, aumento de la intensidad de la marcha y cantidad de horas de sueño, lo cual produce mejoras en la autonomía y una menor discapacidad.

Para disminuir el nivel de discapacidad en las usuarias con cáncer es relevante abordar de manera integral el problema, siendo necesario abordar aspectos funcionales, rutinas, actividades, roles y la participación social, para lo cual es importante la utilización de las intervenciones de rehabilitación a lo largo de todo el proceso de la atención oncológica. (48)

En vista de lo anterior, es que los medios relacionados con los objetivos de este proyecto son:

Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama.

En cuanto a la literatura, la interpretación médica y el tratamiento del estado de salud post cáncer global de un paciente a menudo plantean desafíos considerables al sistema de salud. (16) Por ende, es necesario el poder proporcionar contextos que sean eficaces y coherentes con las necesidades recopiladas según los relatos de las sobrevivientes, disminuyendo el tiempo en contextos hospitalarios que impliquen cuadros ansiosos, bajos desafíos cognitivos y experiencias vivenciales normalizadas, ya que, a pesar de los enormes avances en la detección temprana y precisa del cáncer de mama y de que sus

tratamientos se vuelven más efectivos y precisos, la reconstrucción de la vida está mucho más allá del camino de atención actual. (16)

En la entrevista dirigida a la psicóloga clínica del área, nos menciona lo siguiente: *"El buscar instancia de rehabilitación fuera del contexto hospitalario, para re humanizar el proceso, y empatizar con el proceso, ayudaría significativamente a la calidad de vida de las personas"* (Anexo 2), Para responder a la necesidad identificada por los involucrados, se hace necesario incorporar a un programa integral de rehabilitación del cáncer que permita aliviar los deterioros y las limitaciones funcionales. (93)

Si consideramos que el tratamiento del cáncer se realiza en un contexto clínico, se debe tener en cuenta que, una vez culminado este proceso, los pacientes tienen la necesidad innata de poder retornar a sus entornos cotidianos y alejarse del lugar en el cual vivieron un proceso traumático. Por lo que, si la intervención se desarrolla en un contexto amigable que para las usuarias logren una mejor adherencia al tratamiento, esto consecuentemente permitirá mejoras en la función cognitiva, actividad cerebral, presión arterial, salud mental, actividad física y sueño. (94)

Desarrollar las terapias en un contexto natural, permite trabajar diferentes objetivos a través de información multimodal (estímulos sensoriales de tipo exteroceptivos, propioceptivos, interoceptivas y emocionales), ejerciendo una acción directa sobre los potenciales cognitivos y la regulación emocional del individuo, mediante la interacción de varias redes neuronales. (16). Lo expuesto anteriormente se correlaciona con los sistemas del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, por ende, es fundamental que el contexto ofrezca una mayor diversidad de estímulos positivos, dada la influencia que generan en el usuario, ya que si se genera una visión negativa del desarrollo de la intervención es de esperar que exista una inadecuada resolución del diagnóstico o del tratamiento. (95)

Menor normalización de efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de las usuarias y las familias.

El bienestar emocional y la forma en que las personas afrontan los desafíos de una enfermedad están determinados por las creencias sobre la salud, siendo las

representaciones de enfermedad concomitantes clave de los resultados médicos y psicosociales. (24) Esto se representa en la entrevista dirigida a la psicóloga clínica del área, en la cual menciona: *"La normalización de los síntomas tanto de las usuarias, y del personal médico, le resta peso a lo que sucede después"* (Anexo 2)

Al escuchar activamente la voz de la involucradas, se destaca la importancia del acompañamiento y comprensión de este proceso. Es más, el apoyo entre pares se ha mostrado prometedor para ayudar a las supervivientes de cáncer de mama a gestionar experiencias emocionales difíciles, mejorar la calidad de vida y aumentar la adherencia al tratamiento. (96)

Hoy en día se busca desnormalizar los efectos secundarios destacando la participación activa de los distintos sistemas. El tratamiento psicosocial en oncología incorpora una amplia gama de enfoques terapéuticos diseñados para ayudar a los pacientes y sus familias a adaptarse al diagnóstico y al tratamiento, controlar los efectos secundarios relacionados con el tratamiento, mejorar la adherencia a los planes de tratamiento y promover comportamientos saludables. (96)

Acceder a la información más relevante sobre la enfermedad y cómo afrontarla desde un punto de vista experiencial fue una preocupación para la mayoría de los participantes. Garantizar que las personas con cáncer de mama tengan acceso a información acerca de los diversos problemas médicos asociados a su diagnóstico, así como los efectos secundarios del tratamiento, es un aspecto importante de la experiencia.

Mayor consciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.

El cáncer trastoca los diversos sistemas ecológicos al posicionarse como una de las enfermedades crónicas más complejas a nivel nacional e internacional, por lo que es importante concientizar los procesos y efectos secundarios que implican los tratamientos.

El estigma del cáncer de mama afecta la calidad de vida relacionada con la salud, mientras que se cree que los recursos generales de resiliencia, es decir, el sentido de coherencia, el apoyo social y las habilidades de afrontamiento, alivian este efecto. (97,98)

El apoyo social se define como la percepción que tiene un individuo de la disponibilidad de asistencia externa y contribuye a varios dominios de la calidad de vida relacionada con la salud, este es entendido como un constructo unidimensional que incluye varios aspectos de apoyo emocional informativo, apoyo afectivo, apoyo tangible e interacciones sociales positivas.(99,100) Las interacciones sociales positivas contribuyen a las dimensiones emocional, social y funcional de la calidad de vida relacionada con la salud.

Cuando el apoyo social es menor se podrían emplear estrategias de afrontamiento desadaptativas con mayor frecuencia. (97) Por lo tanto, formar parte de una comunidad que comprende la experiencia del Cáncer, proporciona consuelo y esperanza y se torna tranquilizador. (96)

Investigaciones recientes, mencionan que los pacientes sobrevivientes de cáncer con menores redes de apoyo, se sienten solos, ansiosos y/o deprimidos, lo cual aumenta los niveles de estrés. Una atención plena, con un enfoque, mente- cuerpo eficaz podría ser beneficioso para ellos. (101)

- Actualización de enfoques en neuro rehabilitación relacionado a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de los equipos de salud.

Desde la ética, podemos abordar el principio de no-maleficencia, el cual hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando en sus acciones no se consideran los intereses de ésta. (102) y en algunos casos, el ocasionar un daño, también se relaciona al desconocimiento o falta de información respecto algún tema particular.

En un estudio cualitativo desarrollado por Molina-Mula, J. (103), se estudió la perspectiva de usuarias sobrevivientes, señalando que los problemas de salud posterior al Cáncer no fueron atendidos por el personal médico, ya que se creía que eran consecuencias transitorias Esto da cuenta que las mujeres con cáncer de mama a menudo podrían tener necesidades de acceder a información que no son satisfechas, experimentando dificultades a la hora de comunicarlo con profesionales sanitarios. (96)

Nuestros hallazgos, en base al acercamiento con las involucradas, resaltan la importancia de ofrecer un espacio donde los pacientes puedan sentirse considerados, apoyados y

con confianza de poder obtener la información relacionada con su propia enfermedad. Para ello es necesario el reclutamiento y la capacitación de los profesionales de salud, para priorizar la calidad de atención y poder utilizar los resultados de intervención como conocimientos centrados en el paciente y así, crear programas de apoyo basados en la evidencia para abordar las limitaciones actuales en esta área.

- Presencia de intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.

La comunidad oncológica debe buscar un papel más activo para fomentar la participación en la atención de rehabilitación con el fin de optimizar la función y la calidad de vida de las personas que viven con y más allá del cáncer. (104) La guía de recomendaciones oncológicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la rehabilitación operativamente para incluir las siguientes disciplinas y enfoques de rehabilitación; fisiatría, fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, rehabilitación vocacional, terapia recreativa, neuropsicología, terapia conductual, cuidados paliativos, medicina integrativa y de estilo de vida, y nutrición, y abarcar dominios de funcionamiento físico y cognitivo. (104)

El equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martin y las usuarias refieren que, una de las mayores dificultades evidenciadas ha sido no contar con los profesionales expertos en estas áreas, ya sean kinesiólogos, terapeutas ocupacionales o fonoaudiólogo. En la misma línea, la literatura nos recomienda que los especialistas en rehabilitación deben considerar un enfoque integral para la atención de los sobrevivientes de cáncer de mama que aborde el funcionamiento físico y los factores personales, sociales, emocionales y ambientales que pueden afectar su bienestar general. (105) Las intervenciones de rehabilitación que tengan como objetivo mejorar el funcionamiento de las sobrevivientes de cáncer de mama, deben dirigirse a una variedad de áreas, incluyendo el funcionamiento corporal, el funcionamiento físico, el funcionamiento social y el funcionamiento mental, a fin de que estas sean efectivas. (57)

CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

A continuación, se detallan alternativas de intervención para los distintos medios identificados:

Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama:

a) Programas de neuro rehabilitación en contextos naturales, que permitan el desarrollo de intervenciones interdisciplinarias, con el fin de que las usuarias sientan el proceso de rehabilitación amigable y humanizado, para generar adherencia al proceso de intervención. Algunas de las alternativas que se proponen son las siguientes:
    1) Programa de neuro rehabilitación a través de Equinoterapia, que tenga la clasificación de Terapia Asistida con Animales o Valoración Asistida con Animales, valorando el contexto y al animal de terapia. En este tipo de intervención es primordial que se cuente con el equipo de neuro rehabilitación interdisciplinaria, con experiencia formada y certificados en todas las disciplinas.
    2) Programas de neuro rehabilitación a través de Terapia Hortícola, donde se logre la vinculación y el contacto directo con la tierra y sus plantas. Debe ser ejercido por terapeutas especializados, para llegar a la intervención idónea.

b) Programa de neuro rehabilitación en salas contextualizadas
    1) Salas con criterios de diseño biofílico, bajo el concepto de arquitectura biofílica, la cual debe tener elementos naturales en el espacio como aire, luz natural, y agua, la que permita emular sensaciones de transitar en la naturaleza.
    2) Salas de realidad virtual, con diferentes plataformas y herramientas tecnológicas según lo requerido. Donde el diseño informático permita que la mente y el cuerpo de las usuarias se comporte y reacciones como si fuera un contexto real.

c) Programa de neuro rehabilitación de centros privados de la región, que tengan incorporado en la misión y visión el desarrollo de intervenciones en un espacio amigable en su trato e infraestructura.
d) Arriendo de infraestructura extrahospitalaria, como centros terapéuticos establecidos en casa y barrios residenciales, que genera un contexto amigable

Menor normalización de efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de las usuarias y las familias.

1) Psicoeducación al usuario y familia a través de sesiones individuales y conversatorios grupales, respecto a la sobrevida del cáncer y abordaje de efectos secundarios percibidos posterior al término del tratamiento.

Mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama. Para llevar a cabo este objetivo se consideran las siguientes estrategias:

1) Difusión de material audiovisual respecto a los efectos secundarios del cáncer posterior al tratamiento primario, ya sea, mediante cápsulas informativas, canales de difusión, redes sociales, etc.
2) Difusión de material informativo respecto a los efectos secundarios del cáncer mama posterior al tratamiento a través de flayers, trípticos, etc.
3) Exposición de fotografías de mujeres con cáncer de mama en distintos roles sociales, siendo trabajadoras, dueñas de casa, madres, etc., al costado de cada fotografía se relata en primera persona síntomas posterior al tratamiento. Por ejemplo, una fotografía de una mujer de 35 años, cumpliendo su rol laboral y que el comentario de la fotografía diga: "*Soy Nataly, manipuladora de alimentos en una clínica, y después del cáncer de mama, el volver al trabajo ha sido duro, el tomar una bandeja con comida es muy doloroso, antes lo que era fácil ahora se vuelve difícil, no muevo tan bien mi brazo, no puedo levantarlos y me duele mucho la*

espalda” ¿Tus sabias que después del cáncer también hay consecuencias en el sistema motor? La idea es que las fotografías estén en lugares de gran acceso a público, en zonas urbanas concurridas por la localidad, por ejemplo; paseo peatonal, mall, plaza de arma, etc.

Actualización de enfoques de neuro rehabilitación relacionada a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de los equipos de salud.

1) Desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud respecto al enfoque de neuro rehabilitación en sobrevivientes de cáncer de mama, con el fin de informar, estudiar y debatir las miradas interdisciplinarias y abordaje actual de la enfermedad.
2) Participación directa en las intervenciones durante el desarrollo del programa. De esta manera el equipo podrá vivenciar, y generar un acercamiento real observando el efecto de la terapia en las usuarias, desarrollado en un contexto no hospitalario.

Presencia de la intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.

1) Formación de equipo interdisciplinario mediante la contratación de profesionales especializados en neuro rehabilitación para desempeñarse en el programa, realizando intervenciones centradas en el usuario según las necesidades de cada participante.
2) Capacitación al equipo profesional de las unidades oncológicas. Especialización en neuro rehabilitación y tratamiento de efectos secundarios del cáncer.
3) Incorporación de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación mediante convenio con centro especializado.

Para los tres medios establecidos, se presentan los diferentes mecanismos que se incluyen en la tabla número cuatro:

Tabla 4: Mecanismos y alternativas para el cumplimiento de los componentes del proyecto de intervención.

Medio	**Mecanismo**
1. Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del Cáncer de mama.	1.1 Programas en contextos naturales • Programa de neuro rehabilitación a través Equinoterapia • Programas de neuro rehabilitación a través de Terapia Hortícola 1.2 Programa de neuro rehabilitación en salas contextualizadas • Salas con criterios de diseño biofílico. • Salas de realidad virtual. 1.3 Programa de neuro rehabilitación de centros privados de la región. • Arriendo de infraestructura.
2. Menor normalización de los efectos secundarios del Cáncer de mama por parte del usuario y su familia.	2.1 Psicoeducación al usuario y familia respecto a la sobrevida del Cáncer y abordaje de efectos secundarios percibidos posterior al término del tratamiento.
3.-Mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del Cáncer de mama.	3.1.- Difusión de material audiovisual respecto a los efectos secundarios del Cáncer posterior al tratamiento primario. 3.2.- Difusión de material concreto respecto a los efectos secundarios del Cáncer mama posterior al tratamiento 3.3.- Exposición de fotografías en zonas urbanas con historias y vivencias de efectos secundarios posterior al tratamiento.
4.-Actualización de enfoques de neuro rehabilitación relacionada a efectos secundarios del tratamiento del Cáncer de mama por parte de los equipos de salud.	4.1.- Desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud respecto al enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de Cáncer de mama. 4.2.- Participación directa en las intervenciones durante el desarrollo del programa.

5.-Presencia de intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.	5.1.- Formación de equipo interdisciplinario mediante la contratación de profesionales especializados en neuro rehabilitación para desempeñarse en el programa. 5.2.- Capacitación al equipo profesional de las unidades oncológicas. 5.3.- Incorporación de equipo multidisciplinario especializado en neuro rehabilitación mediante convenio con centro especializado.

Posteriormente se establecen 4 alternativas, que se presentan en la tabla número cinco:

Tabla 5: Alternativas para la ejecución del proyecto de intervención.

Primera Alternativa	**Segunda Alternativa**
1.-Programa de neuro rehabilitación a través Equinoterapia. 2.- Psicoeducación al usuario y familia respecto a la sobrevida del Cáncer y abordaje de efectos secundarios percibidos posterior al término del tratamiento. 3.-Desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud respecto al enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de Cáncer de mama. 4.- Creación de cápsulas audiovisuales respecto a los efectos secundarios del Cáncer posterior al tratamiento primario. 5.- Formación de equipo interdisciplinario mediante la contratación de profesionales especializados en neuro rehabilitación para desempeñarse en el programa. 6.-Participación directa en las intervenciones durante el desarrollo del programa. 7.- Incorporación de equipo Interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación mediante convenio con centro especializado.	1.-Programa de neuro rehabilitación a través Equinoterapia 2.- Psicoeducación al usuario y familia respecto a la sobrevida del Cáncer y abordaje de efectos secundarios percibidos posterior al término del tratamiento. 3.- Desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud respecto al enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de Cáncer de mama 4.- Exposición de fotografías en zonas urbanas con la vivencia de programa efectos secundarios posterior al tratamiento. 5.- Incorporación de equipo multidisciplinario especializado en neuro rehabilitación mediante convenio con centro especializado.
Tercera Alternativa	**Cuarta alternativa**
1.-Neuro rehabilitación en salas contextualizadas con criterios de diseño biofílico. 2.- Psicoeducación al usuario y familia respecto a la sobrevida del Cáncer y abordaje de efectos secundarios percibidos posterior al término del tratamiento 3.-Desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud respecto al enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de Cáncer de Mama. 4.- Difusión de material concreto respecto a los efectos secundarios del Cáncer mama posterior al tratamiento 5.-Formación de equipo interdisciplinario mediante la contratación de profesionales especializados en neuro rehabilitación para desempeñarse en el área oncológica del Hospital de Chillán.	1.-Arriendo de infraestructura privados de la región, arriendo de infraestructura extra hospitalaria. 2.- Psicoeducación al usuario y familia respecto a la sobrevida del Cáncer y abordaje de efectos secundarios percibidos posterior al término del tratamiento 3.-Desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud respecto al enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de Cáncer de mama. 4.-Creación de capsulas audiovisuales respecto a los efectos secundarios del Cáncer posterior al tratamiento 5.-Incorporación de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación. mediante convenio con centro especializado.

Selección de alternativa al problema planteado.

Se escoge la primera alternativa, la cual responde a las necesidades expresadas por las involucradas. Un Programa de neuro rehabilitación a través de la Equinoterapia responde a la oportunidad de desarrollar intervenciones oncológicas fuera de un contexto hospitalario, ya que se fundamenta en la teoría de la biofilia, la cual, promueve los efectos positivos de la conexión con la naturaleza en la salud y el bienestar humano. De esta manera nos aseguramos de que el contexto de intervención cambie, que sea un entorno no hospitalario, y que responda a lo que las involucradas han identificado como necesidades relevantes. Así mismo, la Equinoterapia permite la incorporación de una intervención interdisciplinaria de profesionales, ya que tiene un enfoque especializado emergente, realizado en un caballo especialmente entrenado, a través de profesionales de la salud acreditados (p. ej., Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Fonoaudiólogo, entre otros) y especialistas equinos que conducen al animal, los cuales emplean al caballo y su contexto como herramienta terapéutica. (16) El trabajo interdisciplinario y la posibilidad de que los equipos de salud, que además participarán de los conversatorios, puedan presenciar las sesiones e incluso integrarse, se considera un beneficio ya que de esta manera se podrán involucrar de manera vivencial. Asimismo, la alternativa permite la realización de psicoeducación respecto a la sobrevida del cáncer, porque al momento de intervenir, los profesionales de la rehabilitación tendrán en cuenta los factores personales, emocionales y ambientales que influyen en el funcionamiento de las sobrevivientes de esta enfermedad, por lo tanto, podrán trabajar de manera personalizada con ellas y las familias. (106) Finalmente, el entorno permite el desarrollo de mesas de trabajo con equipos de salud con una dinámica participativa, respecto al enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de cáncer.

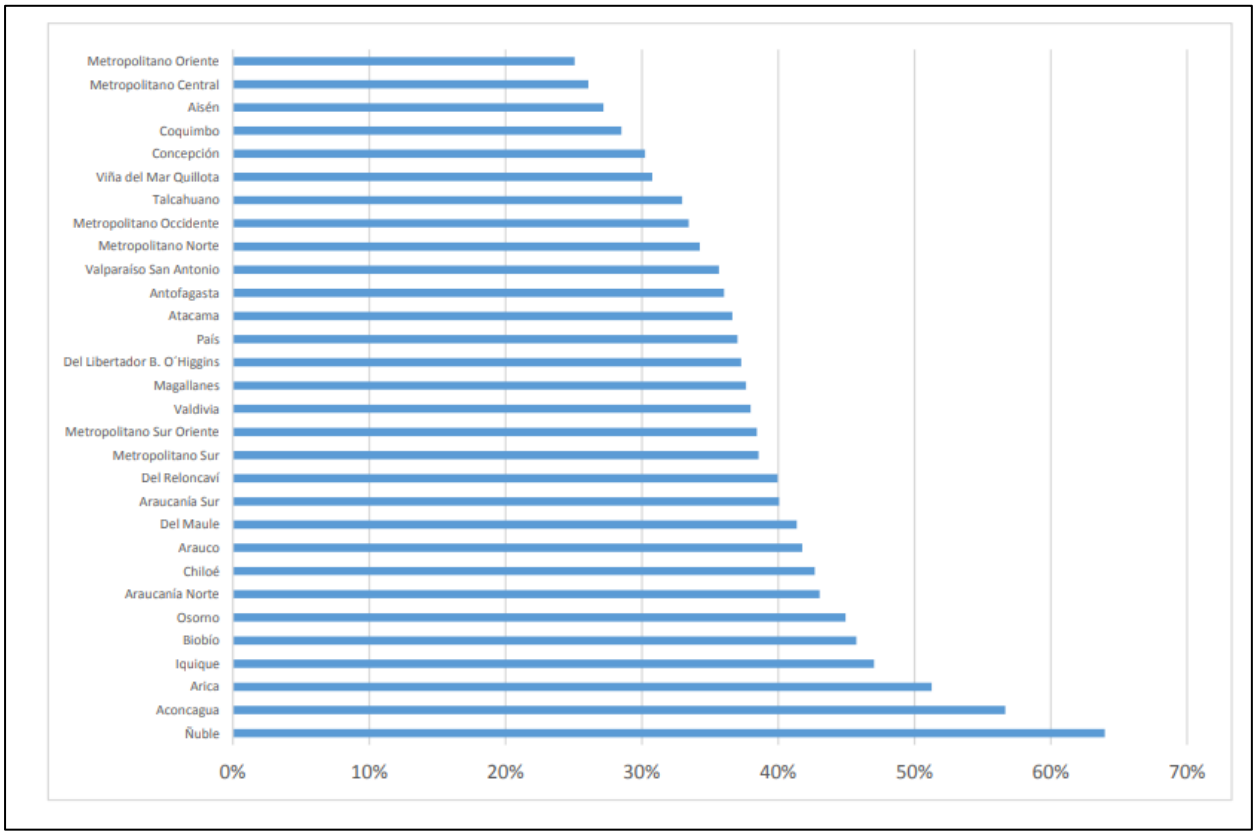
En resumen, esta alternativa nos permite desarrollar nuestra intervención en condiciones viables y fiables, permitiendo la ejecución de todas las actividades contempladas para el cumplimiento de los medios del proyecto planteados en el árbol de objetivos.

Tamaño del proyecto

Se establece comunicación directa con la Seremi de la Región de Ñuble, quien nos facilita datos estadísticos sobre la pesquisa y la tasa de mortalidad. Así también, el equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Herminda Martin, entrega información estadística sobre el tratamiento, seguimiento y defunciones asociadas al cáncer de mama para el presente año.

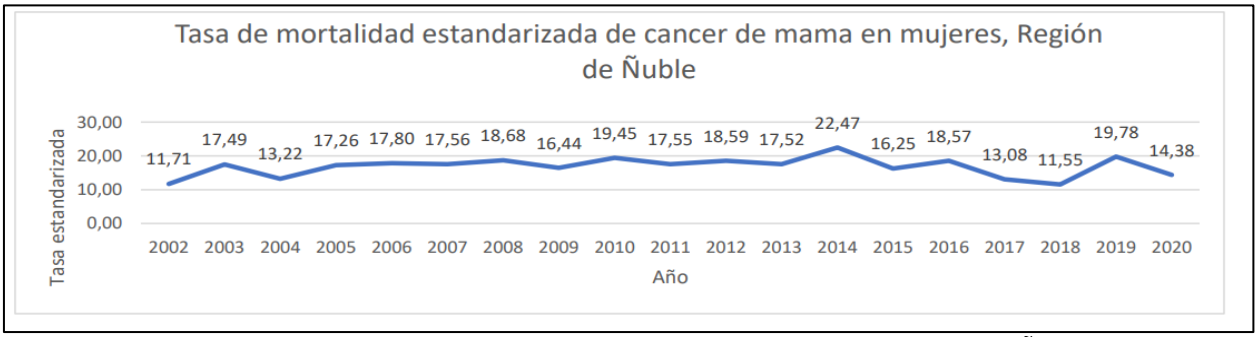
Para el periodo 2018-2022, la meta planteada por el Plan Nacional del Cáncer es alcanzar una cobertura del 70% de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente. La meta programática es de un 80%. En la Red del Servicio de Salud de Ñuble, la cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente alcanzó en el corte al mes de diciembre del año 2019 un 60%, situación que al ser afectados por un año marcado por la pandemia de COVID-19 descendió a un 53% el año 2020. (107) Con la reactivación el año 2021 se alcanza un 56% de cobertura y a diciembre del año 2022 se logra alcanzar un 64% de cobertura. Tal como se aprecia en la figura 3, Ñuble ocupa los primeros lugares a nivel país en cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente, posicionándose el año 2022 en el primer lugar del país. En el año 2020 se diagnosticaron 177 casos de cáncer de mama, donde la tasa de mortalidad fue de un 14,30 % mostrando un repunte luego de la pandemia por COVID-19 (figura 4).

Figura 3*:* Cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente, por Servicio de Salud. Chile 2022.



Nota: El gráfico muestra la cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente, alcanzando un 64% de cobertura en la región de Ñuble, posicionándose en los primeros lugares a nivel país.

Figura 4: Tasa de mortalidad estandarizada de cáncer de mama en mujeres, región de Ñuble.



Nota: El gráfico muestra la tasa de mortalidad relacionada al Cáncer de mama en la región de Ñuble, la cual alcanzo una cifra de 14,38% para el año 2020. (107)

Los datos reportados en las tablas tres y cuatro permiten observar que una buena cobertura en la fase diagnóstica nos dará una mayor tasa de supervivencia, ya que permite establecer un tratamiento a tiempo.

Desde enero del año 2023 a la fecha en Chillán han sido diagnosticadas 242 mujeres con cáncer de mama. De las cuales, 198 se encuentran en tratamiento, 22 están en seguimiento, 10 en etapa de etapificación, 4 en etapa de confirmación, y 3 fallecimientos.

Las mujeres que están en seguimiento son las que ya fueron dada de alta del tratamiento, este dato nos permite sacar el promedio que podríamos encontrar en años anteriores de mujeres dadas de alta al proceso posterior de quimioterapia.

Por otro lado, en conversaciones con los directivos del centro de Equinoterapia Erre con Erre Chillán, según la disponibilidad de espacio, equipo interventor, caballos, y horarios se concluye que la población beneficiada podría acoger a 60 usuarias sobrevivientes de cáncer de mama por un periodo de seis meses quienes podrían recibir 2 sesiones semanales de 30 minutos cada una.

Localización del proyecto

Como ya se ha establecido, el análisis completo de la problemática está dada en el policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martin, que se ubica en Avenida Francisco Ramírez, Chillán Ñuble. El proyecto se realizará en el Centro de Equinoterapia Erre con Erre de Chillán, el cual tiene más de 9 años de funcionamiento en la región. Este centro ecuestre este cumple los criterios requeridos para llevar a cabo una intervención profesional, ya que cuenta con la Certificación Internacional por la Florida Global University (FGU) tanto para el centro como para los profesionales que se desempeñan en el lugar. El espacio cuenta con una extensión de 3 hectáreas, proporcionando una diversidad de espacios para trabajar, como, canchas con distintos tipos de suelo (pasto, tierra, agua, etc.), El contacto con la naturaleza se da de manera directa, ya que no existen infraestructura que restringa el acercamiento con el entorno natural (concepto biofílico). Además, el centro cuenta con un criadero de caballos reproductores específicos para la Equinoterapia, considerando el perfil sensorial del animal y la ficha clínica del caballo para que esta sea acorde a la del paciente.

El centro está localizado en Ñuble alto, lote 6 y cuenta con un equipo interdisciplinario de rehabilitación y otorga prestaciones en atención de Neurorrehabilitación con un modelo ya planteado en la contextualización del presente proyecto, aun así, está dispuesto al ingreso de profesionales nuevos, capacitados para el trabajo del presente programa, lo cual también genera instancias para poder compartir experiencias de trabajo profesional en beneficio de los usuarios.

La distancia entre el Hospital Clínico Herminda Martín, y el Centro de Equinoterapia es de 8,8 Kilómetros, en autobús el tiempo estimado de 22 minutos, el camino es pavimentado, y de fácil acceso.

Análisis según alternativa seleccionada.

- Gasto de recurso humano directo

Tabla 6: Recurso humano de trabajo directo en la ejecución del Proyecto de Intervención.

Profesional	**Cantidad**	**Jornada requerida**	**Jornada Completa (Hrs.)**	**Jornada laboral necesaria para el proyecto**	**Remuneración bruta mensual jornada completa**	**Remuneración bruta mensual (jornada laboral necesaria para el proyecto)**	**Remuneración 6 meses por cantidad requerida**
Kinesiólogo	2	0,5	44	22	$ 1.100.000	$550.000	$6.600.000
Terapeuta Ocupacional	2	0,5	44	22	$ 1.100.000	$550.000	$6.600.000
Fonoaudiólogo	2	0,5	44	22	$1.100.000	$550.000	$6.600.000
Psicólogo	2	0,5	44	22	$1.100.000	$550.000	$6.600.00
Técnico en Intervención asistida con animales	2	0,5	44	22	$600.000	$300.000	$3.600.000
Apoyos laterales	4	0,5	44	22	$400.000	$200.000	$2.400.000
Gasto total							**$32.400.000**

Nota: El valor del recurso humano de trabajo directo fue guiado desde los registros de la ley de transparencia, quienes no permiten fijar los valores según los sueldos actuales en salud. (108)

Para el presente proyecto se contará con dos equipos interdisciplinarios. Un equipo se contratará y el segundo equipo interventor será financiado por el Centro de Equinoterapia Erre con Erre. Por otra parte, los cargos de psicólogos dispuestos para la ejecución de este proyecto no representan una inversión extra para el programa, ya que serán profesionales que se desempeñan en el Hospital Herminda Martin, por lo tanto, la remuneración se realizará por parte del servicio de salud. En cuanto a los Técnicos de Intervención Asistida con Animales y apoyos laterales requeridos para la terapia, de estos últimos, dos serán financiados y los otros dos serán aportados por el centro Erre con Erre. El detalle de gastos se presenta en la tabla 4.

Gastos de recurso humano indirecto

Tabla 7: Recurso humano de trabajo indirecto en la ejecución del proyecto de intervención.

Profesional	Jornada Requerida	Jornada Completa	Jornada Laboral necesaria para proyecto	Remuneración bruta mensual jornada completa	Remuneración bruta mensual (jornada laboral necesaria para proyecto)	Remuneración 6 meses
Médico Veterinario	0,25	44	11	$1.100.000	$275.000	$1.650.000
Personal administrativo	0,5	44	22	$650.000	$325.000	$1.950.000
Personal de aseo	0,5	44	22	$400.000	$200.000	$1.200.000
Personal audiovisual	0,5	44	11	$1.100.00	$275.000	$1.650.000
Gasto total						**$6.450.000**

Nota: El valor del recurso humano de trabajo indirecto fue guiado desde los registros de la ley de transparencia y de los valores que actualmente se invierten en el Centro de Equinoterapia Erre con Erre.

El recurso humano indirecto, se refiere al personal que no interviene de manera directa con los involucrados de este proyecto. En ello se considera al médico veterinario, personal administrativo y personal de aseo. El financiamiento del personal audiovisual se gestionará con la empresa IEX-AVENTURA AUDIOVISUAL de Chillán, de quienes se tienen antecedentes que han participado en proyectos de intervención en beneficio de la comunidad. El detalle de gastos y los valores asignados para cada uno, se detallan en la tabla 5.

Gastos de Inversión en el contexto

Tabla 8: Gastos de inversión en el contexto para la ejecución del proyecto de intervención.

Recurso	Cantidad en meses	Cantidad por Unidad	Valor mensual por unidad	Valor por 6 meses
Arriendo Dependencias	6	1	$200.000	$1.200.000
Caballos	6	4	$100.000	$2.400.000
Gasto total				$3.600.000

Nota: Los valores fueron estimados a partir de los valores entregados por el Centro de Equinoterapia Erre con Erre.

Los gastos de inversión en el contexto se refieren al arriendo de las dependencias y el arriendo de caballos para el desarrollo de las terapias, ambos ítems se financiarán con recursos del proyecto. Los gastos de insumos básicos como luz, agua, internet se incluyen en el arriendo de las dependencias. Los valores asignados para cada gasto en este ítem se detallan en la tabla 6.

Gastos en insumos necesarios

Tabla 9: Gastos de insumos para la ejecución del proyecto de intervención.

Insumo	Cantidad	P. Unitario	Valor Total	Depreciación
Notebook	2	$299.000	$598.000.-	5 años
Impresora Multifuncional	1	$149.000	$149.000.-	5 años
Smartphone	1	$64.990	$64.990.-	5 años

Fardos Alfalfa	192	$6.500	$1.248.000	6 meses
Resma hojas de Carta	6	$4.432	$26.592	6 meses
Corchetera	1	$6.790	$6.790	6 meses
Perforadora	1	$4.990	$4.990	6 meses
Tijera	2	$2.890	$5.780	6 meses
Post it	3	$1.890	$5.670	6 meses
Archivador	4	$3.990	$15.960	6 meses
Forro	100	$56	$5.600	6 meses
Carpetas	50	$680	$34.000	6 meses
Stick fix	4	$2.040	$8.190	6 meses
Caja de clips	1	$980	$980	6 meses
Plumones de pizarra	6	$2.000	$12.000	6 meses
Borrador	1	$2.290	$2.290	6 meses
Bolsas Goma Eva	6	$1.810	$10.680	6 meses
Géneros de colores	6	$3.990	$23.400	6 meses
Cuerdas 2 metros	4	$3.900	$15.960	6 meses
Caja de corchete	1	$1.190	$1.190	6 meses
Caja de Chinches	1	$1.550	$1550	6 meses
Pliego de Cartulina	6	$490	$2.940	6 meses
Lápices de pasta	6	$180	$1.080	6 meses
Libre asistencia	1	$3.990	$3.990	6 meses
Libro de Actas	1	$5.990	$5.990	6 meses
Scotch	6	$1.390	$8.340	6 meses
Proyector	1	$ 485.990	$485.990	Indefinido
Gasto total				$2.749.942

Nota: Los valores presentados fueron referenciados con los valores comerciales estimativos de los productos.

Los insumos considerados para este proyecto contemplan la adquisición de material de oficina y equipos tecnológicos como impresora, notebook y proyector, los que se financiaran con recursos del proyecto. Los fardos alfalfa, para la alimentación de los caballos se gestionarán con la empresa de semillas KWS SAAT & CO. KGaA, empresa que en su misión social busca la ayuda comunitaria, trabaja con instituciones que gestionen la ayuda en la salud y rehabilitación humana. El detalle y designación de recursos para este ítem se refleja en la tabla 7.

Gasto total de inversión

El gasto total de inversión para este proyecto es de $45.199.942 (tabla 8), sin embargo, se deberán descontar aquellos recursos gestionados, los cuales suman un monto de $19.882.000 (tabla 9). Finalmente, para la ejecución del Proyecto de Intervención en un periodo de 6 meses, se deberán gestionar recursos, se estima a través de un fondo concursable que cubra un monto de **$25.317.942.**

Tabla 10: Gastos de inversión para la ejecución del proyecto de intervención considerando los descuentos obtenidos mediante la gestión de recursos.

Gastos totales	Descuentos totales	Inversión
$45.199.942	**$19.882.000**	**$25.317.942**

Nota: Gastos total de inversión en el proyecto de intervención. El proyecto de intervención requiere la inversión de $45.199.942, sin embargo, la gestión con diferentes entidades locales alcanza un total de $19.882.000 para solventar algunos ítems del proyecto, por lo que el monto a gestionar (a través de un fondo concursable) se reduce a 25.317.942.

Tabla 11: Gasto total de inversión para la ejecución del proyecto de intervención.

Categoría	Ítems	Precio por 6 meses
Recurso Humano directo	1.Equipo interdisciplinario (kinesiólogo, fonoaudiólogo y terapeuta ocupacional 2.Técnico de intervención asistida con animales. 3.2 apoyos laterales.	$16.200.000
Recurso Humano indirecto	Personal audiovisual	$1.650.000.-

Insumos	1.Computador 2.Proyector 3.Fardos Alfalfa	$2.032.000
Gasto total		**$19.882.000**

Nota: La tabla muestra el resumen de gastos gestionados por cada ítem. En recurso humano directo se gestionaron $16.200.000, lo cual considera el pago de honorarios de un kinesiólogo, un fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, un técnico de intervención asistida con animales y dos apoyos laterales; Recurso humano indirecto $1.650.000 lo cual cubre gastos del personal audiovisual y en insumos $19.882.000, considerándose la inversión de un computador, proyector y fardos de alfalfa.

Gasto final del Proyecto de Intervención a financiar a través de un fondo público:

$ 25.317.942

CAPITULO VII: DISEÑO METODOLOGICO MÁTRIZ DE MARCO LÓGICO

Tabla 12: Resumen narrativo de objetivos de la matriz de marco lógico.

Columna de Objetivos	Resumen Narrativo
Fin (F)	F1. Mejor calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. F2. Menor discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.
Propósito (P)	Disminución de la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensorios motores y la fatiga en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama del Hospital Regional Herminda Martin de la ciudad de Chillán, Región de Ñuble.
Componentes (C)	C1 Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama. C2 Desnormalización de efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte del usuario y su familia. C3 Mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama. C4 Actualización de enfoques de neurorrehabilitación relacionado a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de los equipos de salud. C5 Presencia de intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.
Actividades (A)	A1 1.1 Desarrollo de intervenciones para usuarias sobrevivientes al cáncer de mama en rutas que impliquen la visita de tranques, bosques y fauna. 1.2 Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras para sobrevivientes de cáncer de mama en canchas con suelo de arena, pasto y tierra. 1.3 Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras para sobrevivientes de cáncer de mama en cancha con obstáculos naturales, como montículos, túneles y troncos. 1.4 Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras en salas inmersas en contextos naturales tales como foros, oficinas multiuso, etc. A2 2.1 Talleres de psicoeducación de efectos secundarios del tratamiento de cáncer para usuarios y familias. A3 3.1 Difusión de material audiovisual relacionado a efectos secundarios del cáncer de mama posterior al tratamiento. A4 4.1 Mesas de trabajo con equipos de salud sobre el enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de cáncer de mama. 4.2 Participación de los profesionales en sesiones terapéuticas. A5 5.1. Contratación de 3 profesionales especialistas en neuro rehabilitación. 5.2. Evaluación a las usuarias por parte del equipo interdisciplinario. 5.3. Terapias interdisciplinarias a sobrevivientes de cáncer de mama. 5.4. Reevaluación de usuarios por parte del equipo interdisciplinario. 5.5. Elaboración de informe interdisciplinario de cada usuaria.

Nota: La tabla muestra la descripción del resumen narrativo de la matriz del marco lógico, considerando los fines del proyecto, el propósito, los componentes y sus respectivas actividades.

El aumento de la supervivencia de pacientes con Cáncer ha conllevado a un aumento en la incidencia de efectos secundarios derivados de los tratamientos primarios de esta enfermedad, resultando en secuelas cognitivas, sensoriomotoras y fatiga. (8) que pueden generar discapacidad (47) e impactar desfavorablemente en la calidad de vida de las personas. (41)

El propósito del Proyecto de Intervención *"Equinoterapia y Cáncer: Propuesta de Intervención desde un enfoque neuro rehabilitador en mujeres con cáncer de mama del Hospital Herminda Martin en el Centro de Equinoterapia Erre con Erre de la ciudad de Chillán"* es disminuir la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensoriomotores y la fatiga en mujeres sobrevivientes al cáncer con el fin de mejorar su calidad de vida y disminuir la discapacidad que se puede generar en consecuencia de la permanencia o agravante de esta sintomatología, reportada por las mismas usuarias.

Con el levantamiento de información realizado con las involucradas y los equipos de salud, se establece que para el cumplimiento de este propósito es necesario diversificar el contexto terapéutico donde se desarrollen las intervenciones de neuro rehabilitación, siendo una necesidad reportada. Además, disminuir la normalización de los efectos secundarios del tratamiento del cáncer con acciones dirigidas tanto a las usuarias, sus familias y los equipos de salud. Y, por último, establecer un equipo interventor especializado en neuro rehabilitación oncológica que desarrolle las terapias interdisciplinarias con el objetivo de abordar la sintomatología de la enfermedad.

Las actividades a desarrollar en el proyecto consideran la ejecución de talleres de psicoeducación para usuarias y sus familias, así como también, mesas de trabajo con equipos de salud en los cuales se converse respecto a los efectos secundarios de esta enfermedad. Además, la difusión de material audiovisual informativo, permitirá visibilizar el tema en cuestión a la comunidad y de esta forma desnormalizar la concepción que se tiene actualmente en relación a los efectos secundarios del cáncer, y que han limitado las acciones para su abordaje.

Por otra parte, la presencia de un equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica permitirá intervenir la sintomatología de estos efectos

secundarios impactando directamente en la salud de las mujeres sobrevivientes de esta enfermedad.

Descripción de Indicadores

Tabla 13: Indicadores, medios de verificación y supuestos de la matriz de marco lógico.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
F.1. Mejor Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	El 50% de las usuarias obtiene mejores resultados en el Cuestionario de Salud SF-12.	Aplicación del Cuestionario de salud SF-12 a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	• Las políticas públicas incluyen dentro de sus objetivos de intervención mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer. • Es posible acceder a las personas que fueron parte de los programas de la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital de Chillán. • La pauta de evaluación es de fácil aplicación y bajo costo. • Se cuenta con el recurso humano capacitado para la aplicación del cuestionario e interpretación de resultados.
F.2. Menor discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.	El 50% de las usuarias mejora su grado de discapacidad como resultado de la aplicación del Instrumento de Valoración de desempeño en la comunidad.	Aplicación del Instrumento de Valoración de desempeño en la Comunidad a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.	• La discapacidad como consecuencia de la enfermedad implica un gasto en salud para los gobiernos, por lo cual se evalúa los años de vida ajustados por discapacidad como consecuencia de las enfermedades. • El cuestionario puede ser aplicado por profesionales del equipo de neuro rehabilitación certificados.

			• El cuestionario es de fácil aplicación y bajo costo. • La valoración de discapacidad se realiza en base al diagnóstico principal (cáncer de mama).
P. Disminución de la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensorios motores y emocionales en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama del Hospital Regional Herminda Martin de la ciudad de Chillán, Región de Ñuble.	• El 50% de las usuarias obtiene un resultado >26 puntos en el Test Cognitivo de Montreal (MoCA). • El 50% de las usuarias obtiene disminución en el resultado del Inventario breve de fatiga. • El 50% de las usuarias obtiene mejores resultados en la evaluación del control postural.	• Aplicación del Test Cognitivo de Montreal (MoCA) a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. • Aplicación de Inventario Breve de Fatiga a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. • Resultados de evaluación del control postural con tecnología de bajo costo.	• Todas las usuarias tienen derecho a la atención y cobertura de programas oncológicos en establecimientos de salud públicos y privados. Y existe interés por parte de las entidades gubernamentales por disminuir esta brecha de atención en salud. • Las usuarias cumplen con los criterios de inclusión estimados para este proyecto.
C.1. Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama.	Desarrollo de intervenciones con enfoque neuro rehabilitador de pacientes oncológicos en un contexto 100% no hospitalario.	• Registro de contextos terapéuticos en los que se desarrollan intervenciones en salud. • Registros de atenciones. • Material audiovisual de intervenciones.	• Existen los espacios disponibles y adecuados para el desarrollo de intervenciones terapéuticas con enfoque Neuro rehabilitador. • Se presenta un clima adecuado para el desarrollo de las intervenciones.
C.2. Desnormalización de efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de las usuarias y familias.	• El 50% de las usuarias obtiene mejores resultados en el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B). • El 50% de los familiares de usuarias con cáncer maneja información	• Aplicación de Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. • Aplicación de encuesta cualitativa a familiares de	• Existe interés por parte de las usuarias y familias por conocer respecto a la enfermedad. • Las familias se involucran de manera activa en los procesos de rehabilitación.

	actualizada respecto a los efectos secundarios derivados del tratamiento contra el cáncer de mama.	usuarias con cáncer de mama.	
C3. Mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.	Los resultados obtenidos en el 50% de las encuestas respondidas por la comunidad se relacionan con información actualizada respecto a los efectos secundarios derivados del tratamiento contra el cáncer de mama.	Aplicación de encuesta cualitativa dirigida a la comunidad "¿Qué sabemos de los efectos secundarios del cáncer de mama?	• Existe interés de la sociedad por conocer respecto a los tratamientos relacionados con el Cáncer. • El cáncer de mama es una de las problemáticas de salud más importantes en la sociedad actual.
C.4. Actualización de enfoques de neuro rehabilitación relacionado a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de los equipos de salud.	Los resultados obtenidos en el 50% de las encuestas respondidas por el personal de salud se relaciona con información actualizada respecto a los enfoques de neuro rehabilitación relacionados con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.	Aplicación de encuesta cualitativa dirigida a profesionales de salud. " Enfoques neuro rehabilitadores en pacientes oncológicos".	• Existe información científica respecto a la presencia de sintomatología que se condice con el reporte de las usuarias con cáncer de mama que se atienden en el centro de salud.
C.3. Presencia de intervención de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.	• Existencia de equipo interdisciplinario de neuro rehabilitación en intervenciones de pacientes oncológicos. • Realización del 80% de las terapias interdisciplinaria dispuestas en el proyecto.	• Registros de atención de usuarias. • Registro audiovisual de las intervenciones. • Listado de asistencia de los participantes a las actividades del proyecto.	• Los profesionales de la rehabilitación tienen especialización. en Neurorrehabilitación • Los profesionales de neuro rehabilitación cuentan con los conocimientos y experiencia oncológica.
A.1.1. Desarrollo de intervenciones para usuarias sobrevivientes al cáncer de mama en rutas que impliquen la visita de tranques, bosques y fauna. **A.1.2. Desarrollo de intervenciones neuro**	• Contar al 100% con la diversidad de espacios habilitados para el desarrollo de las actividades. • Creación de una sala inmersa en un contexto biofílico	Registro audiovisual de los espacios disponibles para la ejecución del proyecto.	• Se presenta un clima adecuado para el desarrollo de las intervenciones. • Ausencia de desastres naturales (incendios forestales, inundaciones, etc.)

rehabilitadoras para sobrevivientes de cáncer de mama en canchas con suelo de arena, pasto y tierra. **A.1.3. Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras para sobrevivientes de cáncer de mama en cancha con obstáculos naturales, como montículos, túneles y troncos.** **A.1.4. Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras en salas inmersas en contextos naturales, tales como foros, oficinas multiuso, etc.**			
A.2.1. Talleres de psicoeducación de efectos secundarios del tratamiento de cáncer para usuarios y familia.	Participación del 70% de l en talleres de psicoeducación de efectos secundarios del tratamiento de cáncer de mama.	Listado de asistencia de talleres y reuniones.	Las usuarias pueden resolver los imprevistos asociados a la enfermedad para participar de los talleres.
A.3.1. Difusión de material audiovisual relacionado a efectos secundarios del cáncer de mama posterior al tratamiento.	• Una difusión semanal mediante la elaboración de material informativo y educativo sobre efectos secundarios del cáncer de mama. • Una actividad comunitaria mensual relacionada con la concientización de los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.	Material audiovisual y registro de difusión.	• Existen recursos tecnológicos para el desarrollo de material educativo para difundir. • Existen espacios públicos de alta concurrencia en los cuales se puede realizar intervención comunitaria
A.4.1 Mesas de trabajo con equipos de salud sobre el enfoque de rehabilitación	Desarrollo de 10 mesas de trabajo con equipo de salud.	Actas de las mesas de trabajo con equipos de salud.	Los profesionales de la salud cuentan con el tiempo para asistir a las mesas de trabajo.

en sobrevivientes de cáncer de mama.			
A.5.1. Contratación de 3 profesionales especialistas en neuro rehabilitación.	Contratación de 3 profesionales especialistas en neuro rehabilitación (terapeuta ocupacional, kinesiólogo y fonoaudiólogo.)	Contratos de trabajo.	Los profesionales de salud tienen la especialidad requerida.
A.5.2. Evaluación a las usuarias por parte del equipo interdisciplinario.	Evaluar al 100% de las usuarias que participaran del proyecto de intervención.	Pautas de evaluación de usuarias.	Las usuarias entregan la información requerida y colaboran con la evaluación.
A.5.3. Terapias interdisciplinarias a sobrevivientes de cáncer de mama.	Realización del 80% de las terapias interdisciplinaria dispuestas en el proyecto.	Registro de atención de usuarios.	Los factores climáticos son óptimos para el desarrollo de las intervenciones.
A.5.4. Reevaluación de usuarios por parte del equipo interdisciplinario.	Reevaluación de 100% de las usuarias que finalice las intervenciones del proyecto de intervención.	Pautas de evaluación.	Las usuarias terminan el proceso de intervención en los plazos definidos.
A.5.5. Elaboración de informe interdisciplinario de cada usuaria.	Elaboración de informe del 100% de las usuarias que culminaron el proceso de intervención.	Informes interdisciplinarios de las usuarias.	Se cuenta con la metodología requerida para el desarrollo del informe final de intervención.

Nota: En la tabla se muestra el resumen narrativo de cada objetivo con su respectivo indicador, medio de verificación y supuesto.

Fin del Proyecto de Intervención

- Mejor Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

El concepto de calidad de vida surge con el fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas sobre bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. Entre los diferentes tratamientos sobre los que más se indaga acerca de sus resultados, está el tratamiento oncológico. Entre los cuestionarios utilizados para la valoración de la percepción de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, se menciona el Cuestionario de Salud SF-12, que es una versión reducida del cuestionario de salud SF-36. Su aplicación considera un tiempo medio de 2 minutos en la cual el usuario debe responder a 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36: función física (2), función social (1), rol físico (2), rol emocional

(2), salud mental (2), vitalidad (1), dolor corporal (1) y salud general (1). El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem: de 0 (el peor estado de salud para esa dimensión), hasta 100 (el mejor estado de salud). (109).

Nuestra intervención propone, en base a la evidencia y revisión de buenas prácticas abordar la calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama con el fin de mejorarla.

- Menor discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.

En el cáncer de mama el estadio del mismo y los efectos secundarios de los tratamientos, con las secuelas crónicas consecuentes, son los que determinen el grado de discapacidad. La valoración de discapacidad en el cáncer de mama, deberá realizarse una vez finalizado el tratamiento, en función de la sintomatología crónica y la limitación funcional de la persona. (47)

El Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC) evalúa por auto reporte el grado de dificultad que presenta el interesado para realizar actividades acordes a su rango etario, generando una valoración a través de un porcentaje (entre 0%y 100%, siendo discapacidad desde un 5%) y grado de discapacidad: Sin Discapacidad (0-4%), Discapacidad Leve (5-24%), Discapacidad Moderada (25-49%), Discapacidad Severa (50-94%), Discapacidad Profunda (95%). Este instrumento califica la condición de discapacidad de las personas según los estándares de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). El tiempo estimado para su ejecución es de 45 minutos. (110)

Esta propuesta tiene por fin reducir la discapacidad en sobrevivientes de cáncer de mama.

Propósito del Proyecto de Intervención

Propósito: Disminución de la incidencia de síntomas secundarios cognitivos, sensorios motores y fatiga en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama del Hospital Regional Herminda Martin de la ciudad de Chillán, Región de Ñuble.

Los síntomas secundarios del cáncer resultan en déficit cognitivos que afectan dominios como la memoria de trabajo y a corto plazo, la atención, funciones ejecutivas y/o velocidad de procesamiento. Para su objetivación se requiere de pruebas neurocognitivas (111) El Test Cognitivo de Montreal (MoCA) mide la función cognitiva global a partir de la

evaluación del rendimiento de los diferentes dominios que la conforman: función visoespacial/ejecutiva, denominación, atención, lenguaje, memoria, abstracción y orientación. La prueba establece como puntaje de corte para discriminar rendimiento normal ≥ 26 puntos de un máximo de 30, asignándose un punto adicional para sujetos con menos de 12 años de educación 19 . Su aplicación requiere un tiempo estimado de 10 minutos. (112)

La fatiga, definida como una angustiosa sensación subjetiva persistente de cansancio o agotamiento físico, emocional y/o cognitivo, es otro síntoma secundario resultante del tratamiento de cáncer de mama. (12) El Inventario Breve de Fatiga (Anexo) es un instrumento válido y confiable que permite una evaluación rápida del nivel de fatiga en pacientes tratados por cáncer.

El instrumento consta de 9 ítems en escala de 0 a 10. Tres ítems evalúan la severidad de la fatiga (peor fatiga, fatiga usual y fatiga en el momento actual), donde el 0 se refiere a ninguna fatiga y el 10 a la peor fatiga que se puede imaginar. Los otros seis ítems evalúan la forma en que la fatiga ha interferido en distintos aspectos de la vida (actividad en general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo normal, relaciones con otras personas y capacidad de diversión). Para esos últimos 0 equivale a no interfiere y 10 interfiere por completo. El punto de corte está dado por el ítem 3 (Por favor, califique su fatiga (cansancio) haciendo un círculo alrededor del número que describe la PEOR fatiga durante las últimas 24 horas y categoriza a los pacientes según puntuación en donde el 0 significa: “sin fatiga”; 1-3: “leve”; 4-6: “moderada” y 7-10: “severa”[3]. Es posible llegar a un puntaje de fatiga haciendo un promedio aritmético de todos los ítems, mientras mayor el valor peor la fatiga. (113)

Para la evaluación del componente sensoriomotor se utilizará la plataforma Wii Balance Board, la cual es una herramienta valida y objetiva para la evaluación del control postural. Este tipo de evaluación es una alternativa económica, portátil, ampliamente disponible y adecuada para la evaluación del control motor en diferentes contextos. (114,115)

La aplicación de la prueba considera una evaluación de la postura, la cual se basa en ocho pruebas, seis estáticas (prueba 1 a 6) y dos dinámicas (prueba 7 y 8), realizadas sobre la plataforma Wii Balance Board® (Nintendo, Kyoto, Japón). (116) La prueba de

apoyo unipodal (SLS, del inglés single limb-stance) y la prueba de apoyo bipodal (DSL, del inglés double-limb stance. Respecto a las pruebas estáticas aplicadas, se detallan a continuación, estas son:

1- DLS con ojos abiertos (DLS – OA)

2- DLS con ojos cerrados (DLS – OC)

3- SLS con ojos abiertos - De pie sobre el pie derecho (SLS – OA_PieD)

4- SLS con ojos cerrados - De pie sobre el pie derecho (SLS – OC_PieD)

5- SLS con ojos abiertos - De pie sobre el pie izquierdo (SLS – OA_PieI)

El propósito del proyecto de intervención es disminuir la incidencia de los síntomas secundarios del cáncer.

Componentes del Proyecto de Intervención

- Acceso a entornos no hospitalarios para el tratamiento neuro rehabilitador del cáncer de mama.

Se ha descrito que una herramienta potente para el abordaje de los síntomas secundarios del tratamiento de cáncer de mama es el desarrollo de intervenciones en ambientes no clínicos, que le den la posibilidad a las usuarias de poder buscar apoyo terapéutico alejado de un contexto hospitalario en el cual vivieron un proceso traumático (117)

Para llevar a cabo intervenciones neuro rehabilitadoras eficaces es necesario considerar el contexto en el cual estas se desarrollan a fin de que la motivación y adherencia sean un componente a favor para lograr los objetivos que se desean cumplir. (118)

La ejecución del proyecto de intervención considera el desarrolla de todas sus actividades en un contexto no hospitalaria, disponiéndose diferentes espacios para el trabajo a realizarse tanto con las usuarias, la familia, el equipo de salud y la comunidad.

- Desnormalización de efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de las usuarias y familias**.**

Los efectos secundarios del tratamiento del cáncer es una problemática actual poco abordada por los equipos de salud, ya que los enfoques de atención apuntan a resolver el diagnostico primario y sobrevivir a la enfermedad. De igual forma la concepción que se tiene respecto a este tema es más bien normalizar los síntomas como una consecuencia esperada del cáncer, lo que ha repercutido desfavorablemente tanto en la percepción que el usuario y la familia tiene de su enfermedad, influyendo en la iniciativa de poder consultar y visualizar la sintomatología como algo que se puede resolver y así también en la adherencia a los tratamientos. (119,120)

El Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B) está conformado por 9 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 0 a 10 puntos. Comprende 8 ítems y una pregunta abierta ordinal con tres posibilidades de respuesta. La sección de representación cognitiva de la enfermedad cuenta con 5 ítems: Consecuencias (ítem 1), Duración (ítem 2), Control personal (ítem 3), Control del tratamiento (ítem 4) e Identidad (ítem 5). La sección de representación emocional cuenta con 2 ítems: Preocupación (ítem 6) y Respuesta emocional (ítem 8). Finalmente, el ítem 7 hace referencia a la dimensión de Comprensión de la enfermedad. El ítem 9 es una pregunta abierta que hace relación a los factores que la persona considera causaron su enfermedad, organizados por prioridad de uno a tres. (121)

Las encuestas cualitativas son herramientas de investigación en la cual, a través de preguntas es posible conocer opiniones, experiencias, narraciones o relatos de los encuestados permitiendo conocer actitudes y/o opiniones que pueden modificarse según la intervención de diferentes factores (122) Para efectos de este proyecto se aplicará una encuesta cualitativa a las usuarias y familias para conocer el manejo de información y percepción respecto a los síntomas secundarios derivados del tratamiento contra el cáncer. Cabe mencionar que la encuesta será creada y propuesta para efectos de este trabajo y se aplicará previa validación de expertos.

- Mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.

La concepción que se tiene del cáncer de mama afecta la calidad de vida relacionada con la salud y se cree que los recursos generales de resiliencia, es decir, el sentido de coherencia, el apoyo social y las habilidades de afrontamiento, alivian este efecto. (97)

Una barrera para la normalización del cáncer es superar el estigma del diagnóstico. (98) y en este sentido el apoyo social ayuda al sobreviviente de cáncer a afrontar el malestar cotidiano, y a su entorno social a comprender mejor las causas del mismo para poder

ofrecer un apoyo más eficaz. (99)

A través de una encuesta cualitativa es posible conocer opiniones, experiencias, narraciones o relatos de los encuestados permitiendo conocer actitudes y/o opiniones respecto algún tema de interés social. (122) Para efectos de este proyecto, la encuesta cualitativa dirigida a la comunidad permitirá evaluar el impacto social de la intervención en la comunidad.

Actualización de enfoques de neuro rehabilitación relacionado a efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama por parte de los equipos de salud.La supervisión profesional y la capacitación para priorizar la calidad de la atención permite a los equipos de salud utilizar estos resultados como conocimientos centrados en el paciente para proporcionar programas de apoyo basados en la evidencia y abordar las limitaciones actuales en esta área. (96)

De igual forma, es importante desarrollar respuestas informadas a posibles factores estresantes negativos como parte de la experiencia, lo que puede conducir a mayores tasas de deserción. La adopción de un nuevo enfoque respecto a los síntomas secundarios del tratamiento del cáncer de mama podría proporcionar conocimientos centrados en el paciente para que los profesionales de la salud que se desempeñen en la atención puedan informar y desarrollar con éxito los programas.

Mediante una encuesta cualitativa creada y propuesta para efectos de este trabajo con previa validación de expertos se podrá conocer cuáles son los enfoques actuales de

neuro rehabilitación en oncología, actualizando la información disponible en el equipo médico a fin de que se cumpla el objetivo propuesto.

- Presencia de intervenciones de equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica.

La existencia de sintomatología secundaria se reporta tanto en la literatura como en los antecedentes entregados por las sobrevivientes de cáncer a través de la entrevista dirigida a las usuarias. Sin embargo, durante el desarrollo de este trabajo investigativo es posible evidenciar que, en nuestra realidad, no existe un equipo especializado para atender y resolver las necesidades reportadas por las involucradas. Para el cumplimiento del Propósito Central de este Proyecto se requiere atender a los efectos secundarios del Cáncer para lo cual es necesario contar con un equipo interdisciplinario especializado en neuro rehabilitación, con profesionales que trabajen en conjunto para alcanzar las metas del paciente y los objetivos de sus disciplinas individuales. Por lo cual, también será optimo destinar la ejecución de terapias de rehabilitación que permitan mejorar la funcionalidad de las usuarias desde el abordaje de su sintomatología centrándose no solo en la función sino también en la calidad de vida de la persona, desde un enfoque biopsicosocial.

Descripción del Procedimiento de Intervención

Con el objetivo de llevar a cabo el cumplimiento de nuestro Fin y Propósito, se realizarán una serie de actividades basadas en la evidencia, las cuales se desarrollaran en un 100% en un entorno no hospitalario, el cual apunta a un entorno biofílico en el cual el caballo es una herramienta terapéutica que permitirá llevar a cabo sesiones en rutas con vista a tranques, bosques y fauna nativa, además se hará uso de canchas con distintos tipos de superficies (suelos de arena, pasto y tierra), las cuales también contarán con obstáculos naturales, como montículos, túneles y troncos y, por último, se dispondrá de una sala inmersa en este contexto natural, la cual se utilizará para foros, oficina multiuso, etc. La disposición y/o elección del espacio dependerá del objetivo terapéutico a trabajar.

Con el objetivo de lograr desnormalizar los efectos secundarios derivados del tratamiento del cáncer de mama en las usuarias y las familias, se llevará a cabo talleres de

psicoeducación en las cuales se aborden temas como duelo anticipado, conceptualización de la enfermedad y síntomas secundarios, impacto de la sintomatología en las actividades de la vida diaria y como intervenir y entrega de herramientas para la mejora de desempeño ocupacional, entre otras.

Ejemplo:

Desarrollo de una sesión de psicoeducación en una sala inmersa en el contexto biofílico. El objetivo será conocer síntomas derivados del tratamiento del cáncer y diferenciarlo de otras comorbilidades. La actividad consiste en dictar una charla de 15 minutos y posterior a ello se presentarán imágenes alusivas a diferentes síntomas, las cuales deberán clasificar en sintomatología del cáncer o comorbilidad.

Con este proyecto también se busca generar mayor conciencia social respecto a los efectos secundarios derivados del tratamiento del cáncer, lo cual se espera lograr mediante la difusión de material audiovisual en redes sociales, medios de comunicación local y material concreto, como una exposición de fotografías en zonas urbanas de alta concurrencia.

Ejemplo:

Desarrollo de una exposición fotográfica en la vía pública. El objetivo será dar a conocer los efectos secundarios derivados del tratamiento del cáncer de mama y el proceso de rehabilitación. Las fotografías tendrán como protagonistas a las mujeres del programa donde se mostrará el proceso terapéutico a través de la Equinoterapia y además se presentará el relato a pie de foto una experiencia vivida como, por ejemplo: "me entregue a la rehabilitación, a pesar de sentirme aterrada me proporcionaron el tiempo y el espacio para arriesgarme"

Dado que el trabajo desarrollado por los equipos de salud es fundamental para el proceso de la enfermedad, con el objetivo de actualizar los enfoques de neuro rehabilitación relacionados con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama se llevarán a cabo mesas de trabajo en las sean parte los profesionales que trabajan en unidades

oncológicas y de rehabilitación y además hacerlos participes directos en las sesiones terapéuticas de las usuarias.

Ejemplo:

Desarrollo de una mesa de conversación, la cual se desarrollará en la sala inmersa en el contexto natural, la cual tendrá por objetivo, sensibilizar al personal de salud desde el relato de la experiencia vivida por una usuaria para posteriormente conversar respecto a los enfoques de salud, rehabilitación y como se están abordando las necesidades que ellas manifiestan.

Finalmente, se requerirá contar con intervenciones de un equipo multidisciplinario especializado en neuro rehabilitación oncológica, para lo cual se contratarán a tres profesionales especialistas en el área, quienes desarrollarán la evaluación de las usuarias según cada área de intervención (kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología), para conocer el estado inicial al proceso terapéutico de cada participante.

El equipo rehabilitador será el encargado de desarrollar las terapias de manera interdisciplinaria, complementando objetivos terapéuticos para obtener resultados favorables del proceso. Una vez que se haya ejecutado en un 100% las sesiones planificadas en el proyecto se realizará la reevaluación de las usuarias para conocer los resultados de la intervención. Estos serán relatados en un informe que deberán desarrollar los profesionales que intervinieron en el proceso.

Cabe mencionar que para efectos de ejecución y resultados del proyecto se solicitará a todos los participantes del proyecto firmar un consentimiento informado y una encuesta de satisfacción.

Ejemplo:

Desarrollo de sesión terapéutica, la cual se desarrollará en un entorno natural, la elección de la cancha, el guía de intervención (kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional o psicólogo) y la elección del caballo dependerá de los objetivos

transversales los cuales están centrados en el usuario. Se inicia la sesión con el contacto directo al animal (saludo, cariño) para generar el vínculo y activar el sistema citocinergico, el cual activará la liberación de neurotransmisores de manera positiva, lo que se traduce en una mejor disposición en el trabajo terapéutico. Luego, se realiza el desplazamiento con paso ligero del caballo para que los componentes biomecánicos del animal interfieran a nivel sensoriomotor (ROM, estabilidad, equilibrio, coordinación, tono, flexibilidad, etc.), a medida que transcurre la actividad se contextualiza a la usuaria, por ejemplo, "en esta sesión vamos a realizar un baile que te recuerde un momento agradable" , esto permitirá activar la memoria sensitiva, del mismo modo, los pasos de baile serán de forma paulatina y elegidos por cada integrante presentes en la sesión, de esta forma se trabajarán funciones ejecutivas (planificación, organización, memoria de trabajo) Finalmente se terminará bailando todos los pasos frente al espejo potenciando objetivos como autoestima, autopercepción, entre otros.

Cumplimiento de Indicadores

Para medir el avance y cumplimiento de los objetivos del proyecto de intervención se establecen los siguientes indicadores relacionados a la implementación:

1. Desarrollo de intervenciones con enfoque neuro rehabilitador de pacientes oncológicos en un contexto 100% no hospitalario.
2. Contar al 100% con la diversidad de espacios habilitados para el desarrollo de las actividades
3. Creación de una sala inmersa en un contexto biofílico
4. Existencia de equipo interdisciplinario de rehabilitación en intervenciones de pacientes oncológicos.
5. Contratación de 3 profesionales especialistas en neuro rehabilitación (terapeuta ocupacional, kinesiólogo y fonoaudiólogo.)

El cumplimiento de lo anterior permitirá el desarrollo óptimo de las actividades las cuales se medirán a través de los siguientes indicadores:

1. Realización del 80% de las terapias interdisciplinaria dispuestas en el proyecto
2. Participación del 70% de las personas en talleres de psicoeducación de efectos secundarios del tratamiento de cáncer mama.
3. Una difusión semanal mediante la elaboración de material informativo y educativo sobre efectos secundarios del cáncer de mama.
4. Una actividad comunitaria mensual relacionada con la concientización de los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.
5. Desarrollo de 10 mesas de trabajo con equipo de salud.

De esta manera y teniendo como referencia la literatura en la cual se menciona la necesidad de rehabilitación y apoyo especializado en pacientes oncológicos (105) es que se considerara cumplir con los siguientes indicadores:

1. El 50% de las usuarias obtiene mejores resultados en el Cuestionario de Salud SF-12.
2. El 50% de las usuarias mejora su grado de discapacidad como resultado de la aplicación del Instrumento de Valoración de desempeño en la comunidad.
1. El 50% de las usuarias obtiene un resultado >26 puntos en el Test Cognitivo de Montreal (MoCA).
2. El 50% de las usuarias obtiene disminución en el resultado del Inventario breve de fatiga.
3. El 50% de las usuarias obtiene mejores resultados en la evaluación del control postural.
4. El 50% de las usuarias obtiene mejores resultados en el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B).
5. El 50% de los familiares de usuarias con cáncer maneja información actualizada respecto a los efectos secundarios derivados del tratamiento contra el cáncer de mama.
6. Los resultados obtenidos en el 50% de las encuestas respondidas por la comunidad se relacionan con información actualizada respecto a los efectos secundarios derivados del tratamiento contra el cáncer de mama.

7. Los resultados obtenidos en el 50% de las encuestas respondidas por el personal de salud se relaciona con información actualizada respecto a los enfoques de neuro rehabilitación relacionados con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama.

Las cifras anteriores se establecen en base a lo reportado por artículos como “Importance of Rehabilitation in Cancer Treatment and Palliative Medicine” publicado por la Revista Clínica Oncológica de Japón, en el cual describen el desarrollo de un plan de rehabilitación a 23 pacientes durante dos semanas consecutivas, obteniendo mejoras en el rendimiento físico y psicológico en el 87% de los participantes posterior a la intervención. (123) Así tambien, en la revisión sistemática “Multidisciplinary Outpatient Cancer Rehabilitation Can Improve Cancer Patients’ Physical and Psychosocial Status a Systematic Review” desarrollada por Kudre, D. el año 2020, señalan que luego de un programa de rehabilitación en promedio el 60 % de los pacientes logra regresa al trabajo y a sus ocupaciones. (124) Teniendo en consideración estas cifras sería posible cumplir con los indicadores propuestos.

Por último, para evaluar la ejecución y resultados obtenidos mediante un registro claro y especifico será necesario cumplir con lo siguiente:

1. Evaluar al 100% de las usuarias que participaran del proyecto de intervención.
2. Realización del 80% de las terapias interdisciplinaria dispuestas en el proyecto.
3. Reevaluación de 100% de las usuarias que finalice las intervenciones del proyecto de intervención.
4. Elaboración de informe del 100% de las usuarias que culminaron el proceso de intervención.

De esta manera al concluir el proyecto será posible revisar y analizar la ejecución a fin de obtener lecciones y aprendizajes que puedan ser aplicados en futuras iniciativas.

CAPÍTULO VIII: FLUJOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO

Meses	Primer mes					Segundo mes					Tercer mes					Cuarto mes					Quinto mes					Sexto mes				
Semanas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Reunión con equipos administrativos.																														
Aplicación de entrevista a Psicóloga Clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos.																														
Aplicación de entrevista online a usuarias sobrevivientes de Cáncer.																														
Reunión de equipos oncológicos y paliativos.																														
Contratación de 3 profesionales especialistas en Neurorrehabilitación.																														
Reuniones para articulación de redes.																														
Reunión equipo interdisciplinario de Neurorrehabilitación.																														
Extender invitación a equipos de salud vía correo electrónico para participar en mesas de trabajo.																														
Presentación del proyecto de a las usuarias y acercamiento al contexto de intervención.																														
Evaluación individual por usuaria que participará de las intervenciones.																														
Inicio de intervención de Equinoterapia con equipo interdisciplinario en usuarias sobrevivientes de Cáncer (2 veces por semana).																														
Desarrollo de intervenciones para usuarias sobrevivientes al cáncer de mama en rutas que impliquen la visita de tranques, bosques y fauna.																														
Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras para sobrevivientes de cáncer de mama en canchas con suelo de arena, pasto y tierra.																														
Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras para sobrevivientes de cáncer de mama en cancha con obstáculos naturales, como montículos, túneles y troncos.																														
Desarrollo de intervenciones neuro rehabilitadoras en salas inmersas en contextos naturales tales como foros, oficinas multiuso, etc.																														
Talleres de psicoeducación de efectos secundarios del tratamiento de cáncer para usuarios y familias.																														
Difusión de material audiovisual respecto a los efectos secundarios del cáncer posterior al tratamiento primario																														
Difusión de material audiovisual mediante cápsulas informativas, canales de difusión, redes sociales.																														
Difusión de material informativo respecto a los efectos secundarios del cáncer mama posterior al tratamiento a través de flayers, trípticos, etc.																														
Exposición de fotografías de mujeres con cáncer de mama en distintos roles sociales, siendo trabajadoras, dueñas de casa, madres, etc., al costado de cada fotografía se relata en primera persona síntomas posterior al tratamiento.																														
Mesas de trabajo con equipos de salud sobre el enfoque de rehabilitación en sobrevivientes de cáncer de mama.																														
Participación de los profesionales en sesiones terapéuticas.																														
Evaluación a las usuarias por parte del equipo interdisciplinario.																														
Terapias interdisciplinarias a sobrevivientes de cáncer de mama.																														
Reevaluación de usuarios por parte del equipo interdisciplinario.																														
Elaboración de informe interdisciplinario de cada usuaria.																														
Aplicación de encuesta de satisfacción online a las usuarias.																														
Cierre del proyecto.																														

CAPÍTULO IX: IMPLICANCIAS ÉTICAS, BIOSEGURIDAD Y OTROS

En el acta de la Bioética (2004), la salud pública presenta una tradición de organización de las acciones sanitarias basada en conceptos sociales (solidaridad, responsabilidad, interculturalidad). (125) Este es un punto crucial para la identificación de problemáticas que atañen a la población estudiada.

Beauchamp y Childress distinguen cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia (126). Cada uno de estos principios implica un estudio y evaluación acabada, con el fin de verificar o garantizar soluciones a las problemáticas evidenciadas según la teoría y la voz de las involucradas, todo esto con el propósito de poder contrarrestar aquellos factores que han limitado o mermado el re incorporarse nuevamente a la vida de manera plena luego del tratamiento posterior al cáncer de mama, enfocándose en las repercusiones de estos efectos secundarios y no solamente en "sobrevivir".

En cuanto a la **No-maleficiencia**, este principio hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida (126).

En este sentido, el cumplimiento del fin y del propósito de este proyecto busca contribuir de manera positiva en la vida de quienes sean parte de esta intervención, garantizando acciones que no causen daño, dolor o sufrimiento, sino más bien puedan resolver aquellos determinantes que puedan estar generándolos.

En el lenguaje habitual, la **beneficencia** hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede entenderse,

de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros (126).

La propuesta de intervención busca responder a las necesidades de salud, considerando la voz de las involucradas, las cuales no son cubiertas actualmente por la red pública de salud local. Estas necesidades identificadas por las usuarias son consistentes con la revisión literaria, permitiendo establecer actividades que redirijan el enfoque de atención a las atenuantes de salud referidas por las usuarias, las que hacen referencia a visualizar no tan solo a la sobrevida sino también a una óptima reincorporación al diario vivir, beneficiando la autonomía e independencia de ellas mismas.

La **autonomía** de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones (126).

Debido a que uno de nuestros fines es contribuir a la Calidad de Vida de los participantes, es que nos parece importante hacerles sentir y valer, a través de la solicitud de un documento de ***consentimiento informado*** que son seres autónomos y que “tienen un valor intrínseco debido a su capacidad de elegir, modificar y proseguir con su propio plan de vida” (127). Sin embargo, esto no termina con la firma del documento. Nuestro compromiso será continuar tratando a los participantes con ***respeto,*** permitiendo que estos cambien de opinión y se retiren sin sanción alguna en el momento en que lo estimen conveniente, respetando la privacidad y manteniendo su anonimato en la información obtenida de ellos, así como otorgarles acceso a los resultados logrados por el proyecto al finalizar la intervención.

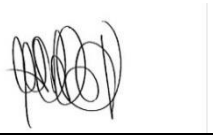
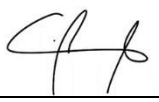
Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la **justicia social**. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente. (126) En este proyecto se busca la justicia social a través de la entrega de un servicio que permita mejorar la calidad de vida de las personas y disminuir la discapacidad resultante de los tratamientos que

genera aumento en los costos en salud de la población. A través esta investigación se da cuenta que existe evidencia de las consecuencias del tratamiento del cáncer y como continua la vida de una persona sobreviviente a la enfermedad y el impacto de esta en los diferentes sistemas, si nos basamos en la teoría ecológica. Desarrollar este proyecto permitirá dar respuesta a una problemática social.

Respecto al principio ético de ***selección equitativa*** se considerarán criterios de inclusión y exclusión, escogidos equitativa y objetivamente, con base en la evidencia científica. Así también, la aplicación de escalas validadas, nos aportarán información relevante acerca de estos tópicos, favoreciendo con ello la imparcialidad en la selección de personas que serán invitadas a participar de este proyecto.

Este proyecto busca intervenir respetando las implicancias éticas, mediante la revisión de la literatura de prácticas basadas en la evidencia y, lo más importante, considerando la opinión de las personas afectadas por esta problemática de salud.

Como equipo de trabajo declaramos no tener conflictos de intereses y que nuestra ***evaluación es independiente,*** por lo que con esto “se asegura a los miembros de la sociedad que no haremos un mal uso de la información, y que aquellos participantes que formen parte de este proyecto de intervención tendrán un trato ético”. (127)

María José Acuña Méndez. Terapeuta Ocupacional	
Vilma Andrea Antimán Araneda. Kinesióloga	
Yudith Karla Vargas Vásquez. Fonoaudióloga	

CAPÍTULO X: CONCLUSIONES DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

El desarrollo de este proyecto de intervención, nos permite concluir que el sistema de salud actual en Chile carece de intervenciones en neuro rehabilitación oncológica lo cual repercute en la calidad de vida de las mujeres que sobreviven a la enfermedad.

Esta falta de programa implica en que los profesionales de la rehabilitación no se especialicen en esta área, lo cual influye en que no se pueda abordar las necesidades que reportan las propias mujeres.

A nivel social, aún existe un concepto erróneo de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos, permaneciendo la creencia de que la enfermedad termina cuando el diagnostico se resuelve. Producto de esto se invisibilizan los efectos secundarios generando una brecha respecto a cómo es la vida después del cáncer, limitando la posibilidad de que las usuarias se interesen en buscar estrategias que les permitan un mejor vivir.

Finalmente, la propuesta de intervención basada en la investigación científica nos permite afirmar que la Equinoterapia no es solo una terapia complementaria, si no una herramienta terapéutica que permite el desarrollo de la neuro rehabilitación, por ende, se debe desarrollar por profesionales del área de la salud especializados en esta área.

Por último, se concluye que para el levantamiento de una necesidad es importante considerar la voz de las involucradas, ya que, aun cuando la literatura pueda idear una problemática general, conocer la realidad nos permitirá abordar el problema desde las causas que sean posibles intervenir desde nuestra realidad y con los recursos disponibles en ese contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gob.cl. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf
2. Vicente-Herrero, M. T., Aguilar Jiménez, E., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., Terradillos García, M. J., & López González, Á. A. (2013). Cáncer de mama y discapacidad. Criterios de valoración y controversias médico-legales. Revista de Senología y Patología Mamaria, 26(3), 99–105. doi:10.1016/j.senol.2013.06.001
3. Viruega H, Galy C, Loriette C, Jacquot S, Houpeau JL, Gaviria M. Breast cancer: How hippotherapy bridges the gap between healing and recovery-A randomized controlled clinical trial. Cancers (Basel) [Internet]. 2023;15(4). Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/cancers15041317
4. Cáncer de mama [Internet]. Who.int. [citado el 1 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
5. Las cifras detrás del cáncer de mama en el país - Universidad de Chile [Internet]. [citado 20 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uchile.cl/noticias/192125/universidad-de-chile-podcast-las-cifras-del-cancer-de-mama-en-el-pais
6. Icaza G, Núñez L, Bugueño H. Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 14];145(1):106–14. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100014
7. Moore, H. C. F. (2020). Breast cancer survivorship. Seminars in Oncology. doi:10.1053/j.seminoncol.2020.05.004 10.1053/j.seminoncol.2020.05.004
8. Vivar, C. G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. Atención Primaria, 44(5), 288–292. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.011
9. Ahles TA, Root JC, Ryan EL. Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: an update on the state of the science. J Clin Oncol [Internet]. 2012;30(30):3675–86. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2012.43.0116

10. Onzi, G. R., D'Agustini, N., Garcia, S. C., Guterres, S. S., Pohlmann, P. R., Rosa, D. D., & Pohlmann, A. R. (2022). Chemobrain in breast cancer: Mechanisms, clinical manifestations, and potential interventions. Drug Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience, 45(6), 601–621. https://doi.org/10.1007/s40264-022-01182-3
11. Valencia Legarda F, Lopera Muñetón C, Sánchez Arenas RL. Calidad de vida en pacientes con linfedema por cáncer de seno en la ciudad de Medellín. Med UPB [Internet]. 2020;39(2):17–23. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v39n2.a04
12. Al Maqbali M. Cancer-related fatigue: an overview. Br J Nurs [Internet]. 2021;30(4):S36–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2021.30.4.S36
13. Nuevos retos para la planificación en salud: el Plan Nacional de Cáncer en Chile [Internet]. Paho.org. [citado el 1 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/journal/es/articulos/nuevos-retos-para-planificacion-salud-plan-nacional-cancer-chile
14. Shirazipour CH, Raines C, Liu E, Ruggieri RM, Capaldi JM, Luna-Lupercio B, et al. Benefits of nature-based walking for breast cancer survivors. BMJ Open [Internet]. 2023;13(6):e071041. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071041
15. Hooves 4 healing: the capacity of the horse in breast cancer rehabilitation. (2021).
16. Viruega H, Galy C, Loriette C, Jacquot S, Houpeau JL, Gaviria M. Breast cancer: How hippotherapy bridges the gap between healing and recovery-A randomized controlled clinical trial. Cancers (Basel) [Internet]. 2023;15(4). Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/cancers15041317
17. Bender R. HIPOTERAPIA: El caballo en la rehabilitación. Ediciones UC; 2018.
18. Cáncer de mama [Internet]. Paho.org. [citado el 1 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama
19. Parra Giordano D, Saldías Fernández MA. Gestión en Salud del Programa de Cáncer de Mama en Chile. Enferm Actual Costa Rica [Internet]. 2020;(39). Disponible en: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.39229
20. Minsal.cl. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wpontent/uploads/2020/08/VF_Informe_RPC_Sobrevida.pdfMinsa

l.cl. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://leydelcancer.minsal.cl/documentos/Marco-general-del-Plan-Nacional-de-Cancer-2022-2027.pdf

21. Minsal.cl. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://leydelcancer.minsal.cl/documentos/Marco-general-del-Plan-Nacional-de-Cancer-2022-2027.pdf
22. Gutiérrez Rodríguez J, Guzmán Gutiérrez G. Definition and prevalence of mild cognitive impairment. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017;52 Suppl 1:3–6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(18)30072-6
23. Deterioro cognitivo en adultos con cáncer [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2018 [citado el 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/memoria/deterioro-cognitivo-pdf.
24. Henderson FM, Cross AJ, Baraniak AR. "A new normal with chemobrain": Experiences of the impact of chemotherapy-related cognitive deficits in long-term breast cancer survivors. Health Psychol Open [Internet]. 2019;6(1):2055102919832234. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/2055102919832234
25. Crouch A, Champion V, Von Ah D. Cognitive dysfunction in older breast cancer survivors: An integrative review: An integrative review. Cancer Nurs [Internet]. 2022;45(1):E162–78. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000896
26. Lv L, Mao S, Dong H, Hu P, Dong R. Pathogenesis, Assessments, and Management of Chemotherapy-Related Cognitive Impairment (CRCI): An Updated Literature Review. J Oncol. 24 de junio de 2020;2020:3942439.
27. George SM, Alfano CM, Wilder Smith A, Irwin ML, McTiernan A, Bernstein L, et al. Sedentary behavior, health-related quality of life, and fatigue among breast cancer survivors. J Phys Act Health [Internet]. 2013;10(3):350–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1123/jpah.10.3.350
28. Trinh L, Amireault S, Lacombe J, Sabiston CM. Physical and psychological health among breast cancer survivors: interactions with sedentary behavior and physical

activity: Sedentary behavior and health in breast cancer. Psychooncology [Internet]. 2015;24(10):1279–85. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/pon.3872

29. Marinac CR, Nelson SH, Cadmus-Bertram L, Kerr J, Natarajan L, Godbole S, et al. Dimensions of sedentary behavior and objective cognitive functioning in breast cancer survivors. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. abril de 2019;27(4):1435-41.
30. Hermelink K. Chemotherapy and cognitive function in breast cancer patients: The so-called chemo brain. J Natl Cancer Inst Monogr [Internet]. 2015;2015(51):67–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/jncimonographs/lgv009
31. Rodríguez Martín B, Fernández Rodríguez EJ, Rihuete Galve MI, Cruz Hernández JJ. Study of chemotherapy-induced cognitive impairment in women with breast cancer. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(23):8896. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17238896
32. Ortiz A, Tirado M, Hughes DC, Gonzalez V, Song J, Mama SK, et al. Relationship between physical activity, disability, and physical fitness profile in sedentary Latina breast cancer survivors. Physiother Theory Pract [Internet]. 2018;34(10):783–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2018.1424978
33. Harris ST, Leder B, Pinkerton J. El cáncer de mama y la pérdida de masa ósea. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2010;95(7):E2–E2. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1210/jcem.95.7.9999
34. Clark RA, Bryant AL, Pua Y, McCrory P, Bennell K, Hunt M. Validity and reliability of the Nintendo Wii Balance Board for assessment of standing balance. Gait Posture [Internet]. 2010;31(3):307–10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2009.11.012
35. Huang MH, Blackwood J, Godoshian M, Pfalzer L. Factors associated with self-reported falls, balance or walking difficulty in older survivors of breast, colorectal, lung, or prostate cancer: Results from Surveillance, Epidemiology, and End Results–Medicare Health Outcomes Survey linkage. PLoS One [Internet]. 2018;13(12):e0208573. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0208573

36. Bula A, Tatar K, Wysocka R, Chyrek K, Piejko L, Nawrat-Szołtysik A, et al. Effect of physical activity on static and dynamic postural balance in women treated for breast cancer: A systematic review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023;20(4):3722. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20043722
37. De Baets L, Vets N, Emmerzaal J, Devoogdt N, De Groef A. Altered upper limb motor behavior in breast cancer survivors and its relation to pain: A narrative review. Anat Rec (Hoboken) [Internet]. 2022; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/ar.25120
38. Goldschmidt S, Schmidt ME, Steindorf K. Long-term effects of exercise interventions on physical activity in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Support Care Cancer [Internet]. 2023;31(2). Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-022-07485-6
39. Nardin, S., Mora, E., Varughese, F. M., D'Avanzo, F., Vachanaram, A. R., Rossi, V., Saggia, C., Rubinelli, S., & Gennari, A. (2020c). Breast cancer survivorship, quality of life, and late toxicities. Frontiers in Oncology, 10. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00864
40. Kuba, K., Weißflog, G., Götze, H., García-Torres, F., Mehnert, A., & Esser, P. (2019). The relationship between acceptance, fatigue, and subjective cognitive impairment in hematologic cancer survivors. International journal of clinical and health psychology : IJCHP, 19(2), 97–106. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.12.001
41. Irarrázaval, M. E., Kleinman, P., R, F. S., González, L. F., Torres, C., Fritis, M., Barriga, C., & Waintrub, H. (2016). Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. Revista Médica De Chile, 144(12), 1567-1576. https://doi.org/10.4067/s0034-98872016001200008
42. Moshina, N., Falk, R. S., & Hofvind, S. (2021). Long-term quality of life among breast cancer survivors eligible for screening at diagnosis: a systematic review and meta-analysis. Public Health, 199, 65-76. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.008
43. Yusoff, J., Ismail, A., Manaf, M. R. A., Ismail, F., Abdullah, N. R., Muhammad, R., Suhaimi, S. N. A., & Zin, R. R. M. (2022). Quality of life of women with breast cancer in a tertiary referral university hospital. Health and Quality of Life Outcomes, 20(1). https://doi.org/10.1186/s12955-022-01921-1

44. Mokhatri-Hesari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: Review of reviews from 2008 to 2018. Health and Quality of Life Outcomes, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x
45. Investigación RS. Revisión bibliográfica: calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 1 de octubre de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-calidad-de-vida-en-mujeres-supervivientes-de-cancer-de-mama
46. Servicio Nacional de la Discapacidad [Internet]. Gob.cl. [citado el 6 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/310/827/pag/669/1265/sobre_el_ii_estudio_nacional_de_la_discapacidad
47. Vicente-Herrero, M. T., Aguilar Jiménez, E., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., Terradillos García, M. J., & López González, Á. A. (2013). Cáncer de mama y discapacidad. Criterios de valoración y controversias médico-legales. Revista de Senología y Patología Mamaria, 26(3), 99–105. doi:10.1016/j.senol.2013.06.001
48. Brick R, Padgett L, Jones J, Wood KC, Pergolotti M, Marshall TF, et al. The influence of telehealth-based cancer rehabilitation interventions on disability: a systematic review. J Cancer Surviv [Internet]. 2023;17(6):1725–50. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11764-022-01181-4
49. Mayer RS, Engle J. Rehabilitation of individuals with cancer. Ann Rehabil Med [Internet]. 2022;46(2):60–70. Available from: http://dx.doi.org/10.5535/arm.22036
50. Ortiz López, A, Peña de Hoyos, S Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de quimioterapia en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa de la literatura. [Internet]. Montería, Córdoba, Colombia: 2022 [citado: 2023, diciembre]
51. Giraldo-Mora CV. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. Rev Salud Publica (Bogota) [Internet]. 2009 [cited 2023 Oct 1];11(4):514–25. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642009000400003&script=sci_arttext

52. Minsal.cl. [citado el 26 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://leydelcancer.minsal.cl/documentos/Ley-21258.pdf
53. Gómez CEP, Sánchez LVG, Enríquez JI. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2011;40(1):65–84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60105-0
54. Erlendsdóttir G, Mtika P. Perceived realities of rural primary school teachers in Malawi: Applying bronfenbrenner's ecological systems theory [Internet]. Abdn.ac.uk. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://aura.abdn.ac.uk/bitstream/handle/2164/20931/Erlendsdottir_etal_Perceived_Realities_of_VOR.pdf?sequence=1
55. Linares ET, Santín Vilariño C, Villas A, Menéndez Álvarez-Dardet S, Ma JL. Anales de Psicología [Internet]. Redalyc.org. 2002 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/167/16718103.pdf
56. Holder TRN, Gruen ME, Roberts DL, Somers T, Bozkurt A. A systematic literature review of animal-assisted interventions in oncology (Part II): Theoretical mechanisms and frameworks. Integr Cancer Ther [Internet]. 2020;19:153473542094326. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1534735420943269
57. Jamshidi F, Farzad M, MacDermid JC, Hosseini SA, Habibi M, Alizadehasl A. Characterization of functioning in breast cancer survivors: an interpretive descriptive analysis study based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) and the Item-Perspective Classification Framework. Disabil Rehabil [Internet]. 2023;1–19. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2023.2212915
58. Holder TRN, Gruen ME, Roberts DL, Somers T, Bozkurt A. A systematic literature review of animal-assisted interventions in oncology (part I): Methods and results. Integr Cancer Ther [Internet]. 2020;19:1534735420943278. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/1534735420943278
59. Almasloukh KB. Equine-assisted activities and therapies: State-of-the-art review. Nurs Sci Q [Internet]. 2022;35(1):92–100. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/08943184211051367

60. Almasloukh K, Stewart Fahs P. Rural status of equine assisted activities and therapies and cancer survivors. Online J Rural Nurs Health Care [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 14];20(2):213–40. Available from: https://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/601
61. Aoki J, Iwahashi K, Ishigooka J, Fukamauchi F, Numajiri M, Ohtani N, et al. Evaluation of cerebral activity in the prefrontal cortex in mood [affective] disorders during animal-assisted therapy (AAT) by near-infrared spectroscopy (NIRS): A pilot study. Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]. 2012;16(3):205–13. Available from: http://dx.doi.org/10.3109/13651501.2011.644565
62. Malinowski K, Yee C, Tevlin JM, Birks EK, Durando MM, Pournajafi-Nazarloo H, et al. The effects of equine assisted therapy on plasma cortisol and oxytocin concentrations and heart rate variability in horses and measures of symptoms of post-traumatic stress disorder in veterans. J Equine Vet Sci [Internet]. 2018;64:17–26. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0737080617307761
63. Lundberg A. The environment and mental health: A guide for clinicians [Internet]. Lundberg A, editor. London, England: Routledge; 2013. Available from: https://books.google.at/books?id=44qPxnGrGS8C
64. Munk A, Reme SE, Jacobsen HB. What does CATS have to do with cancer? The Cognitive Activation Theory of stress (CATS) forms the SURGE model of chronic post-surgical pain in women with breast cancer. Front Psychol [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 14];12:630422. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.630422/full
65. Baz Montero A, Garcia Couto M, López Colom P. Térapia Assistida AMB Animals. 2013. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2013/115241/terassani.pdf
66. Odendaal JS. Animal-assisted therapy - magic or medicine? J Psychosom Res [Internet]. 2000;49(4):275–80. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00183-5
67. Palmer Kelly E, Tsilimigras DI, Hyer JM, Pawlik TM. Understanding the use of attachment theory applied to the patient-provider relationship in cancer care: Recommendations for future research and clinical practice. Surg Oncol [Internet].

2019;31:101–10. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960740419302907

68. Metodologia del Marco Logico Para La Planificacion El Seguimiento y La Evaluacion de Proyectos y Programas. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: United Nations; 2005
69. López-Santiago S, Cruzado JA, Feliú J. Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. Psicooncologia (Pozuelo De Alarcon) [Internet]. 2012;8(2–3). Available from: http://dx.doi.org/10.5209/rev_psic.2011.v8.n2-3.37881
70. Wu H-S, Gao F, Given C. Living as a survivor: Sleep disturbance, fatigue, depressive mood, and cognitive dysfunction after breast cancer treatment. Cancer Nurs [Internet]. 2023;Publish Ahead of Print. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0000000000001200
71. Wong SSS, Liu TW, Ng SSM. Performance of physical, cardiovascular, and psychological functions in middle-aged women with and without breast cancer. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2023;66(102399):102399. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102399
72. Ruiz-Casado A, Álvarez-Bustos A, de Pedro CG, Méndez-Otero M, Romero-Elías M. Cancer-related fatigue in breast cancer survivors: A review. Clin Breast Cancer [Internet]. 2021;21(1):10–25. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2020.07.011
73. Ammar-Shehada W, Abusaman K, Bracke P. Perceived support, social and marital challenges in the lives of breast cancer survivors after illness: a self-administered cross-sectional survey. Front Sociol [Internet]. 2023;8. Available from: http://dx.doi.org/10.3389/fsoc.2023.1227529
74. Chávez-Díaz A, Gómez-González M del P, Torres-López TM. Representaciones sociales del cáncer de mama: una comparación de mujeres con diagnóstico reciente y mujeres sanas. Actual Psicol [Internet]. 2020;34(128):51–67. Available from: http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.34738
75. Casavilca-Zambrano SA, Custodio N, Cancino-Maldonado K, Liendo-Picoaga RJ, Vidaurre-Rojas T. Deterioro cognitivo por quimioterapia adyuvante en pacientes con

cáncer de mama: Una problemática por definir en el Perú. Rev Neuro-Psiquiatr octubre de. 2017;80(4):239–46.

76. Villalobos Dintrans P, Hasen F, Izquierdo C, Santander S. Nuevos retos para la planificación en salud: el Plan Nacional de Cáncer en Chile. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020;44:1. Available from: http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.6
77. Heidary Z, Ghaemi M, Hossein Rashidi B, Kohandel Gargari O, Montazeri A. Quality of life in breast cancer patients: A systematic review of the qualitative studies. Cancer Control [Internet]. 2023;30:10732748231168318. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/10732748231168318
78. Pandey M, Anand A. Health and disability status among middle-aged and older adult cancer survivors: a case-control study. J Cancer Surviv [Internet]. 2023; Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11764-023-01446-6
79. Maughan KL, Lutterbie MA, Ham PS. Treatment of breast cancer. Am Fam Physician. 2010;81(11):1339–46.
80. Kayl AE, Meyers CA. Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. Curr Opin Obstet Gynecol [Internet]. 2006;18(1):24–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/01.gco.0000192996.20040.24
81. Yan X, Wei S, Liu Q. Effect of cognitive training on patients with breast cancer reporting cognitive changes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2023;13(1):e058088. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058088
82. Park J-H, Jung SJ, Lee LJ, Rhu J, Bae SH. Impact of nonpharmacological interventions on cognitive impairment in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. Asia Pac J Oncol Nurs [Internet]. 2023;10(4):100212. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100212
83. Joshi D, Shah S, Shinde S, Patil S. Effect of neural tissue mobilization on sensory-motor impairments in breast cancer survivors with lymphedema: An experimental study. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2023;24(1):313–9. Available from: http://dx.doi.org/10.31557/apjcp.2023.24.1.313
84. Cannioto RA, Hutson A, Dighe S, McCann W, McCann SE, Zirpoli GR, et al. Physical activity before, during, and after chemotherapy for high-risk breast cancer:

Relationships with survival. J Natl Cancer Inst [Internet]. 2021;113(1):54–63. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djaa046

85. Zarean E, Sharbafchi M, Malekian A, Ahmadzadeh Z, Torkian S, Baharizadeh A. Evaluate the effectiveness of a group psychoeducational intervention in reducing the level of cancer-related fatigue in women receiving chemotherapy for breast cancer: A randomized controlled trial. Adv Biomed Res [Internet]. 2023;12(1):151. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/abr.abr_137_22
86. Henein M, Ells C. Identifying and classifying tools for health policy ethics review: A systematic search and review. Health Care Anal [Internet]. 2021;29(1):1–20. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s10728-020-00422-w
87. Charati FG, Shojaee L, Haghighat S, Esmaeili R, Madani Z, Charati JY, et al. Motor exercises effect on improving shoulders functioning, functional ability, quality of life, depression and anxiety for women with breast cancer. Clin Breast Cancer [Internet]. 2022;22(7):666–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2022.07.009
88. Ashokkumar S, Vinudha S. Integrated yoga and naturopathy interventions on fatigue and quality of life in breast cancer patient: a case report. Australian Journal of Herbal and Naturopathic Medicine [Internet]. 2022;34(3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.33235/ajhnm.34.3.110-112
89. He X, Ng MSN, Choi KC, So WKW. Effects of a 16-week dance intervention on the symptom cluster of fatigue-sleep disturbance-depression and quality of life among patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud [Internet]. 2022;133(104317):104317. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104317
90. Von Ah D, Crouch AD, Monahan PO, Stump TE, Unverzagt FW, Storey S, et al. Association of cognitive impairment and breast cancer survivorship on quality of life in younger breast cancer survivors. J Cancer Surviv [Internet]. 2022;16(4):812–22. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11764-021-01075-x
91. Belcher BR, Kang D-W, Yunker AG, Dieli-Conwright CM. Interventions to reduce sedentary behavior in cancer patients and survivors: A systematic review. Curr Oncol Rep [Internet]. 2022;24(11):1593–605. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11912-022-01313-0

92. Rodríguez-Cañamero S, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Santacruz-Salas E, Rabanales-Sotos JA, et al. Impact of physical exercise in advanced-stage cancer patients: Systematic review and meta-analysis. Cancer Med [Internet]. 2022;11(19):3714–27. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/cam4.4746
93. Hao J, Li Y, Swanson R, Chen Z, Siu K-C. Effects of virtual reality on physical, cognitive, and psychological outcomes in cancer rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer [Internet]. 2023;31(2). Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-022-07568-4
94. Jimenez MP, DeVille NV, Elliott EG, Schiff JE, Wilt GE, Hart JE, et al. Associations between nature exposure and health: A review of the evidence. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(9):4790. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18094790
95. Huizinga F, Westerink N-DL, Berendsen AJ, Walenkamp AME, de Greef MHG, Oude Nijeweeme JK, et al. Home-based physical activity to alleviate fatigue in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Med Sci Sports Exerc [Internet]. 2021;53(12):2661–74. Available from: http://dx.doi.org/10.1249/mss.0000000000002735
96. Clougher D, Ciria-Suarez L, Medina JC, Anastasiadou D, Racioppi A, Ochoa-Arnedo C. What works in peer support for breast cancer survivors: A qualitative systematic review and meta-ethnography. Appl Psychol Health Well Being [Internet]. 2023; Available from: http://dx.doi.org/10.1111/aphw.12473
97. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ramezani F, Malek N, et al. Stigma and quality of life in women with breast cancer: Mediation and moderation model of social support, sense of coherence, and coping strategies. Front Psychol [Internet]. 2022;13. Available from: http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.657992
98. The Lancet Oncology. Perceptions of cancer in society must change. Lancet Oncol [Internet]. 2016;17(3):257. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(16)00091-7
99. Castagnetta O, Blasco Blasco T, Fernández-Castro J. Efectos del apoyo social sobre el estrés cotidiano en supervivientes de cáncer. Psic y Sal [Internet]. 2023 [citado el 2

de enero de 2024];33(2):379–85. Disponible en: https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2820

100. SOCIAL SUPPORT. APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER [Internet]. Uma.es. [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/26868/TD_RUIZ_RODRIGUEZ_Ivan%20de%20los%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

101. Yu J, Han M, Miao F, Hua D. Using mindfulness-based stress reduction to relieve loneliness, anxiety, and depression in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2023;102(37):e34917. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000034917J

102. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas (Valpso, Impresa) [Internet]. 2010;(22). Available from: http://dx.doi.org/10.4067/s0718-92732010000100006

103. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(3):835. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17030835

104. Stout NL, Santa Mina D, Lyons KD, Robb K, Silver JK. A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. CA Cancer J Clin [Internet]. 2021;71(2):149–75. Available from: http://dx.doi.org/10.3322/caac.21639

105. Raj VS, Pugh TM, Yaguda SI, Mitchell CH, Mullan SS, Garces NS. The who, what, why, when, where, and how of team-based interdisciplinary cancer rehabilitation. Semin Oncol Nurs [Internet]. 2020;36(1):150974. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150974

106. Cheng KKF, Lim YTE, Koh ZM, Tam WWS. Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. Cochrane Libr [Internet]. 2017;2017(8). Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd011152.pub2

107. Porchile., J. B. (2023). Pesquisa de Cáncer de mama y Cervicouterino.

108. GobiernoTransparente [Internet]. Tesoreria.cl. [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.tesoreria.cl/LeyTransparencia/remuneracion/begin.do

109. Castillo LFV, Saa PAC, Lemus SG. Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. Rev investig salud Univ Boyacá [Internet]. 2015;2(2):195–218. Disponible en: http://dx.doi.org/10.24267/23897325.137

110. Gob.cl. [citado el 6 de enero de 2024]. Disponible en: https://seremi9.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2022/07/MANUAL_CALIFICACION_Y_CERTIFICACION_DISCAPACIDAD_2022.pdf

111. Crouch, A., Champion, V., & Von Ah, D. (2022). Cognitive Dysfunction in Older Breast Cancer Survivors: An Integrative Review. Cancer nursing, 45(1), E162–E178. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000896

112. Gaete, M., Jorquera, S., Bello-Lepe, S., Mendoza, Y. M., Véliz, M., Alonso-Sanchez, M. F., & Lira, J. (2020). Resultados estandarizados del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para cribado neurocognitivo en población chilena. Neurología. doi:10.1016/j.nrl.2020.08.017

113. Lorca, Luz Alejandra, Sacomori, Cinara, & Puga, Bárbara. (2016). Propiedades psicométricas del inventario breve de fatiga en personas tratadas por neoplasias hematológicas en Chile. Revista médica de Chile, 144(7), 894-899.

114. Clark RA, Bryant AL, Pua Y, McCrory P, Bennell K, Hunt M. Validity and reliability of the Nintendo Wii Balance Board for assessment of standing balance. Gait Posture [Internet]. 2010;31(3):307–10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2009.11.012

115. Jorgensen MG, Andersen S, Ryg J, Masud T. P-284: Novel use of the Nintendo Wii board for measuring isometric lower limb strength: A reproducible and valid method in older adults. Eur Geriatr Med [Internet]. 2015;6:S107. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s1878-7649(15)30382-x

116. Arias-Poblete, L., Álvarez-Arangua, S., Pezo-Mora, C., Jerez-Mayorga, D., Donoso, M. O., Ferrero-Hernández, P., Ferrari, G., & Farías-Valenzuela, C. (2023). Uso de la Wii Balance Board como mecanismo de reconocimiento y clasificación del riesgo de caídas en el adulto mayor. SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte, 3–3. https://doi.org/10.6018/sportk.571561

117. Shirazipour CH, Raines C, Liu E, Ruggieri RM, Capaldi JM, Luna-Lupercio B, et al. Benefits of nature-based walking for breast cancer survivors. BMJ Open [Internet]. 2023;13(6):e071041. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071041

118. Jain R, Gibson L, Coburn N. Prehabilitation for surgical oncology patients: empowering patient volition. Support Care Cancer [Internet]. 2018;26(11):3665–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4300-4

119. Gob.cl. [citado el 6 de enero de 2024]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf

120. Martínez Chaparro, Y Respuestas emocionales y creencias de mujeres sobrevivientes de cáncer de seno en la ciudad de Bogotá: frente a las etapas de la enfermedad. [Internet]. Universidad de los Andes; 2023 [citado: 2024, enero] 48 páginas

121. Moon, Z., Moss-Morris, R., Hunter, M. S., & Hughes, L. D. (2017). Measuring illness representations in breast cancer survivors (BCS) prescribed tamoxifen: Modification and validation of the Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-BCS). Psychology & health, 32(4), 439–458. https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1275629

122. Jansen H. La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social. Paradigmas: Una Revista Disciplinar de Investigación [Internet]. 2013 [citado el 3 de enero de 2024];5(1):39–72. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4531575

123. Okamura H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. Jpn J Clin Oncol [Internet]. 2011;41(6):733–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyr061

124. Kudre, D., Chen, Z., Richard, A. et al. Multidisciplinary Outpatient Cancer Rehabilitation Can Improve Cancer Patients' Physical and Psychosocial Status—a Systematic Review. Curr Oncol Rep 22, 122 (2020). https://doi.org/10.1007/s11912-020-00979-8

125. Darras, C. (n.d.). BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA: AL CRUCE DE LOS CAMINOS. Conicyt.Cl. Retrieved September 18, 2023, from https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v10n2/art10.pdf

126. Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas (Valparaíso. Impresa), 22, 121–157. https://doi.org/10.4067/s0718-92732010000100006

127. Emanuel E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini A, Macklin R, eds. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS; 1999: 3

ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo N° 1: Organigrama Hospital Herminda Martín de Chillán.



Anexo 3: Entrevista dirigida a usuarias sobrevivientes de Cáncer de Mama del Hospital Herminda Martin de Chillán.

Encuesta dirigida a usuarias con Cáncer de mama

Esta encuesta esta dirigida a usuarias del Hospital Herminda Martín de la ciudad de Chillán, diagnosticadas con Cáncer de mama que se encuentran en el programa de cuidados paliativos realizando su proceso de rehabilitación posterior al tratamiento de quimioterapia. El objetivo es conocer su apreciación respecto a como vivencian el proceso, si los servicios que dispone en el centro de salud cubren sus necesidades y saber su opinión en relación a nuevas propuestas de intervención que podrían mejorar el proceso de neurorrehabilitación.

ANTECEDENTES PERSONALES

1. Edad

2. Género

Marca solo un óvalo.

- ◯ Femenino
- ◯ Binario
- ◯ No Binario
- ◯ Prefiero no decirlo
- ◯ Otro: _____

3. Ciudad

TRAYECTORIA CLINICA

4. ¿Hace cuanto tiempo fue diagnosticada con cáncer de mama?

5. ¿Recibió tratamiento de quimioterapia?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

6. ¿Cuánto tiempo ha trascurrido del termino del tratamiento de quimioterapia?

Marca solo un óvalo.

- Menos de 6 meses
- Más de 6 meses
- Más de 1 año

7. ¿Hace cuánto tiempo ingreso a cuidados paliativos?

8. ¿Qué servicios recibe de la unidad de cuidados paliativos?

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Contención psicológica
- [ ] Manejo del dolor
- [ ] Atención domiciliaria
- [ ] Tratamiento farmacológico

AUTOPERCEPCIÓN DEL USUARIO

9. ¿Cuáles son las actividades que se han visto mermadas debido al tratamiento del cáncer de mama?

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Actividades dentro del hogar (cocinar, vestirse, etc.)
- [ ] Actividades fuera del hogar (desplazarse, relacionarse con otros, trabajar, etc.)

10. ¿Cuáles son las habilidades que se han visto mayormente afectada debido del tratamiento del cáncer de mamá?

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Concentrarse, memorizar y atender.
- [ ] Habilidades motrices.
- [ ] Organización de la rutina.
- [ ] Otro: _____

11. ¿Considera usted que el proceso posterior a la quimioterapia a afectado tu calidad de vida?

Marca solo un óvalo.

- ◯ Si
- ◯ No

12. El último tiempo, ¿ha sentido que le cuesta relacionarse con otros o que su forma de relacionarse es conflictiva?

Marca solo un óvalo.

- ◯ Si
- ◯ No

13. Continuar un proceso de rehabilitación posterior a la quimioterapia le ha hecho sentir:

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Ansiosa
- [ ] Deprimida
- [ ] Estresada
- [ ] Ninguna de las anteriores
- [ ] Otro: _____

NECESIDADES Y DESAFIOS

14. ¿Considera usted que el programa cubre todas las necesidades terapéuticas de la usuaria con cáncer de mama?

Marca solo un óvalo.

- ◯ Si
- ◯ No

15. Si su respuesta anterior es NO, cual de las siguientes atenciones incorporaría al programa.

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Estimulación cognitiva
- [ ] Mayor información del proceso post quimioterapia
- [ ] Programa de actividad física y autocuidado
- [ ] Otro: _____

16. Si tuviera la posibilidad de elegir un contexto para desarrollar su proceso terapéutico posterior a la quimioterapia, usted preferiría:

Marca solo un óvalo.

- ◯ Permanecer en el hospital
- ◯ Acompañamiento en el domicilio.
- ◯ Estar en contacto con la naturaleza.

17. De las siguientes intervenciones ¿Cuál sería de su interés como estrategia terapéutica para desarrollar el proceso de rehabilitación posterior a la quimioterapia?

Marca solo un óvalo.

- ◯ Terapias alternativas
- ◯ Terapia virtual
- ◯ Terapia asistida con animales (caballos)
- ◯ Musicoterapia
- ◯ Otro: _____

Agradecemos su tiempo y participación en esta encuesta. Los datos recopilados serán utilizados para la elaboración de un Proyecto de Intervención en Salud, para optar al título de Magister de Neurorrehabilitación, el cual será publicado en la biblioteca de la Universidad Andrés Bello.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios