

UNA EXPERIENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTES ONCOLÓGICOS

OCCUPATIONAL'S THERAPY EXPERIENCE WITH CANCER PATIENTS

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, oncología, quimioterapia, calidad de vida

Keywords: Occupational Therapy, oncology, chemotherapy, quality of life,

DECS: Terapia Ocupacional, Oncología médica, Quimioterapia Adyuvante, calidad de vida.

MEHS: Occupational Therapy, Medical Oncology, Chemotherapy, Adjuvant, Quality of Life

Autoras:

Dña. Lourdes Moro Gutiérrez

Profesora Titular de la Universidad de Salamanca

Dña. Silvia Domingos Videira

Diplomada en Terapia Ocupacional

Dña. Marta González Fernández-Conde

Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital de la Santísima Trinidad de Salamanca

Dña. Ana Villares Martín

Diplomada en Terapia Ocupacional y Educación Especial Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Como citar este documento:

Moro Gutiérrez L, Domingos Videira S, Fernández-Conde M, Villares Martín A. Una experiencia de Terapia Ocupacional con pacientes oncológicos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; 7(11): [15p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original2.pdf>

Texto recibido: 13/01/2009

Texto aceptado: 09/01/2010

Introducción

Los resultados de supervivencia del cáncer son cada vez más esperanzadores en España, tercer país de Europa con mejores resultados, según la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica). Sin embargo, a pesar de estas cifras tan esperanzadoras no podemos olvidar que el cáncer es la primera causa de mortalidad entre los hombres (cáncer de pulmón) y la segunda entre las mujeres (cáncer de mama) tras las enfermedades cardiovasculares.

Ello nos indica que estamos ante una patología con altas tasas de incidencia pero cada vez con mejores pronósticos, debido a la aplicación de tratamientos más efectivos. Estos tratamientos aumentan la esperanza de vida de los enfermos y, en muchas ocasiones, permiten una remisión completa de la enfermedad, pero también conllevan importantes daños físicos y psicosociales para los afectados.

RESUMEN

Dentro del Plan de Humanización para pacientes oncológicos que estamos desarrollando en el Hospital de la Santísima Trinidad de la ciudad de Salamanca, hemos realizado una experiencia piloto de Terapia Ocupacional con enfermos oncológicos y con sus acompañantes, durante el tiempo que pasan en el hospital recibiendo su tratamiento de quimioterapia. El objetivo general del plan es contribuir a alcanzar un mejor estado de bienestar físico y psicológico en el paciente durante el tiempo que está recibiendo los tratamientos y pensamos que la Terapia Ocupacional puede contribuir de manera positiva en el logro de este objetivo. La experiencia es pionera en el ámbito de la oncología de adultos y no contamos con marcos teóricos específicos de referencia en este campo por lo que hemos partido del modelo de *Ocupación Humana de Kielhofner*. Este modelo ha sido también nuestra guía para diseñar metodológicamente la intervención y las actividades de terapia ocupacional que debía incluir. El éxito de la actuación desde la Terapia Ocupacional ha sido constatado por los propios afectados y sus acompañantes, por lo que volverá a repetirse durante este año.

SUMMARY

The ongoing Humanization Programme for Cancer Patients held at the Holy Trinity Hospital (Salamanca, Spain) includes a pioneering experience on Occupational Therapy which involves both patients and their relatives during the time for chemotherapy treatment. The main goal of this Programme is the improvement of the overall patients' psychological and physical well-being while they are under treatment, so Occupational Therapy is conceived as a supporting device for this purpose. This is a pioneering experience within the field of adult people-oriented oncology so we are lacking of theoretical frameworks or guidelines. Kielhofner's Model for Human Activity has been used to design a methodology for the activities included in the occupational schedule. This has been a successful experience, according to the patients and their relatives, so the staff has decided to include it as an regular activity for them.

tratamiento del paciente oncológico requiere considerar su enfermedad de una forma integral y holista, que no haga frente solamente a sus demandas biomédicas, sino también a sus necesidades psicológicas y sociales. Debe atenderse y actuarse en todas las fases de la enfermedad y en todos los ámbitos a los que afecta.

En el Hospital de la Santísima Trinidad de Salamanca estamos desarrollando el *Plan de Humanización de la Sala de Tratamientos de Oncología y Hematología^a*.

^a La Universidad de Salamanca y la Fundación Hospital General de la Santísima Trinidad de Salamanca firmaron, en septiembre de 2007, un Convenio de Colaboración para la realización de un *Plan de Humanización de la Sala de Tratamientos de Oncología y Hematología* ubicada en dicho hospital. Este Plan sería diseñado y desarrollado por la Profesora Lourdes Moro Gutiérrez, por parte de la Universidad y por Dña Marta González Fernández-Conde, por parte del hospital.

El afrontamiento de la situación que surge a partir de la comunicación del diagnóstico de cáncer es más complicado y los niveles de estrés aumentan considerablemente cuando el enfermo tiene que someterse a quimioterapia. Estos tratamientos obligan al paciente a interrumpir cíclicamente su actividad cotidiana, ya que los ciclos se aplican cada siete, quince o veintiún días, durante un periodo que puede oscilar entre cuatro a seis meses hasta varios años. Evidentemente, esa interrupción repercutirá en todos los ámbitos de la vida personal y social del enfermo y le afectará física y psicológicamente. Un adecuado

Este plan ha comenzado con la realización de una evaluación de las características psicosociales de los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia, para conocer cuáles son las necesidades y las demandas de los afectados y de sus acompañantes durante el tiempo que están recibiendo sus tratamientos en la sala de quimioterapia. A partir del análisis de estas necesidades y demandas realizamos un programa de actividades de intervención psicosocial que pretende contribuir a alcanzar un mejor estado de bienestar físico y psicológico en el enfermo, a fin de obtener una mejora de su calidad de vida, no solo durante el tiempo que está recibiendo tratamiento, sino también una vez que abandona el hospital y continúa con su actividad diaria.

Este proyecto de investigación e intervención psicosocial, que hemos denominado **MIMOS**, cuenta con la Terapia Ocupacional como uno de sus pilares. Navas (2005: 127-128) plantea que la Terapia Ocupacional parte de una visión holística del ser humano que se asienta sobre una base humanística centrada en el valor de la persona como ser humano y en la importancia de vivir en un ambiente digno en el que la actividad ocupacional pueda contribuir a su desarrollo. La persona influye y es influida por el entorno. Cuando este entorno es una sala de quimioterapia, el sujeto debe readaptar sus circunstancias vitales a este nuevo ambiente e integrarlo en su cotidianidad. La terapia ocupacional puede ayudar al enfermo a integrar en su vida esta nueva situación.

2-. MARCO TEÓRICO

Dado que no existe un modelo teórico que específicamente pudiera aplicarse con pacientes oncológicos, hemos tomado como referencia los conceptos teóricos en que se basa el *Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner* (Durante, 2005: 100-102). Según este modelo, la Terapia Ocupacional pretende posibilitar de manera activa y mediante las actividades ocupacionales, que los pacientes puedan modificar las actividades cotidianas necesarias y aprendan a reorganizarse por sí mismos cuando sufren una enfermedad; además, una de

las bases de este modelo es concebir la ocupación como base y fundamento de la organización personal. El objetivo básico del modelo es "*facilitar el cambio a través de la participación del individuo en la acción*" (103). En nuestro caso esa enfermedad es el cáncer y produce alteraciones en la vida de los afectados que van a dificultar sus ocupaciones cotidianas.

Este modelo se centra en ocho conceptos clave, de los cuales, de cara a la realización de nuestro trabajo, necesitamos considerar los siguientes:

- La *conducta ocupacional*: es el núcleo del modelo y la base de nuestro trabajo con los pacientes. Este concepto hace referencia a la importancia de la actividad y de la acción como parte de la propia naturaleza de la persona y su necesidad de ser activo. A través de las actividades en la sala de quimioterapia se mantiene este principio: durante la administración del tratamiento, los pacientes pueden seguir siendo activos gracias a las actividades elaboradas por el terapeuta ocupacional y desarrollan una adaptación ocupacional en función del contexto, que irá variando y evolucionando paralelamente a la patología y al tratamiento.

- *Teoría de los sistemas*: este modelo considera a la persona como un sistema abierto, constituido por subsistemas. La conducta ocupacional se entiende como el resultado de un proceso dinámico, por lo que la persona influye y es influida por el entorno. En nuestro caso el entorno lo constituye la propia sala de quimioterapia y las actividades que se realizan en ella, tanto clínicas (desarrolladas por el personal de enfermería) como ocupacionales (realizadas por el terapeuta ocupacional).

- *Interacción de los subsistemas*: existen tres sistemas que interactúan entre sí, la volición, la habituación y la ejecución.

- *Subsistema volitivo*: "*este subsistema conlleva una disposición emocional a actuar y un autoconocimiento sobre lo que pensamos de nosotros y nuestros objetivos, el cual influirá en cómo anticipamos,*

interpretamos y elegimos nuestras ocupaciones” (101). Las ocupaciones que se ofrecen para el paciente oncológico están previamente diseñadas por la terapeuta ocupacional, respetando su libertad de elección de participar o no.

- *Subsistema de habituación*: este subsistema está comprendido por los hábitos y los roles interiorizados y por cómo se espera que uno actúe. Las actividades ocupacionales elaboradas para el paciente oncológico influyen directamente sobre este subsistema facilitando los hábitos que se refieren a sus patrones conductuales, que se les permite expresar en la sala, y las imágenes interiorizadas que cada uno se forma de la situación que está viviendo y que van a influir en el desempeño de sus roles habituales una vez que sale del hospital y continúa con sus actividades cotidianas.
- *Subsistema de ejecución mente-cerebro-cuerpo*: “este se define como el organizador de nuestra capacidad de ejecutar. Este subsistema procesa la información y efectúa acciones en el entorno” (101). La persona, al participar en la actividad ocupacional, procesa la información necesaria para interactuar en la propia actividad, realizando las acciones necesarias para su ejecución.

- *Entorno*: “incluye el contexto de la conducta ocupacional, los objetos, los eventos, el entorno físico, los grupos sociales y la cultura” (102). Constituye una parte muy importante dentro de la propia actividad, de tal forma que su influencia sobre el paciente o “impacto ambiental” puede ser facilitador o limitador de la conducta ocupacional. Este aspecto es especialmente importante en los pacientes oncológicos que van a la sala de quimioterapia, pues ésta constituye desde el principio un elemento limitador, por la imagen habitual que existe sobre la quimioterapia. La quimioterapia se asocia inmediatamente a dolor y a deterioro físico y psicológico, por lo que el entorno en el que se aplica conlleva un rechazo inmediato por parte del enfermo y de su acompañante.

El terapeuta ocupacional intentará cambiar el entorno relevante para apoyar o precipitar un cambio en el sistema humano. Si esto lo aplicamos a la sala de quimioterapia, se trata de que en ésta se favorezca un clima relajado y agradable para poder llevar a cabo distintas actividades significativas para el paciente, que faciliten que se encuentre bien mientras está recibiendo su tratamiento y reduzca su ansiedad ante el siguiente ciclo.

3-. OBJETIVOS

Siguiendo los principios teóricos marcados en el apartado anterior, las actividades realizadas desde la terapia ocupacional nos ayudan a conseguir los siguientes objetivos:

- Mejorar la ansiedad, miedo y angustia que, tanto los enfermos como sus acompañantes sienten, en diversa medida, cuando llegan a la sala para recibir el ciclo y durante el tiempo que lo están recibiendo, a través de las diversas actividades que desarrollamos.
- Identificar las actividades cotidianas que se ven interrumpidas por el tratamiento y evaluar cómo influye esta interrupción en el quehacer diario del paciente.
- Atender a las necesidades y demandas del acompañante habitual del enfermo, como un miembro más de la sala y que como tal también ejerce influencia en la dinámica psicosocial de la misma. Fomentar su participación e implicación en las actividades que se desarrollen.
- Potenciar la participación del personal sanitario en las diferentes actividades.

4-. METODOLOGÍA

La falta de marcos de referencia específicos para el trabajo con enfermos de cáncer señalado en el marco teórico, es el problema principal que nos hemos encontrado a la hora de diseñar metodológicamente la intervención del terapeuta ocupacional en la sala de quimioterapia^b. Por ello, somos conscientes

^b La intervención desde la Terapia Ocupacional ha sido realizada por Dña. Silvia Domingos Videira bajo la supervisión de Dña. Ana Villares Martín.

de las posibles objeciones metodológicas que pueden plantearse a este trabajo, pero también pensamos que el carácter innovador del mismo, por el ámbito médico en el que se aplica, y el propio trabajo realizado con los enfermos, constituyen una experiencia de intervención interesante que creemos oportuno poner a disposición de los profesionales y académicos.

Comenzamos señalando los pasos habituales en el desarrollo de la intervención de terapia ocupacional en la sala.

1-. Acogida a los pacientes oncológicos. Se saluda individualmente a cada paciente y a su acompañante, prestando especial atención a los enfermos que acuden por primera vez.

2-. Toma de contacto. Una vez recibidos los pacientes les ofrecemos la posibilidad de tomar un café, un té o un zumo, que acompañamos con algunos dulces. Este tiempo, en el que también participan acompañantes y enfermeras, nos permite acercarnos a los pacientes, hablar con ellos y darnos cuenta de cómo se encuentran ese día y saber si tienen algún problema determinado que haya surgido después del ciclo anterior, relacionado con la enfermedad o con cualquier aspecto de su vida que pueda afectarle e incidir en la sesión de ese día. Durante este tiempo se va informando al grupo de la actividad concreta que se va a desarrollar, así como de las normas y objetivos de la misma. Una vez explicada la actividad ocupacional se pide la participación voluntaria y cada una de las personas que están en la sala adopta su rol (enfermera, terapeuta ocupacional, paciente, acompañante) a la vez que se preparan los materiales necesarios para la intervención y se empieza a trabajar.

3-. Comienzo de la intervención a través de las actividades ocupacionales que correspondan para ese día. Las actividades que se van a realizar se estructuran en función de su complejidad.

La intervención de terapia ocupacional no es una intervención individualizada pero sí personalizada. Esto supone que las actividades siempre se planifican teniendo en cuenta los gustos, las preferencias y las necesidades de cada grupo

de pacientes, procurando diseñarlas de acuerdo a las características de los enfermos que acuden en cada ciclo.

4-. Fin de la sesión. Cada sesión finaliza con una conversación individual y privada con cada paciente y su acompañante. Esta conversación nos permite conocer la opinión de cada uno sobre las actividades realizadas ese día y cómo se ha encontrado durante la realización de las mismas.

5-. Evaluación del terapeuta ocupacional sobre las actividades desarrolladas a partir de los comentarios realizados por los enfermos y sus acompañantes y de su propia observación. El día anterior a la intervención en la sala, la terapeuta es informada por la enfermera sobre los enfermos que van a acudir a tratamiento y cómo se encuentran, para poder diseñar las actividades más adecuadas. Sin embargo, estas pueden variar en el mismo momento de ponerlas en práctica por diversos motivos como la variación clínica o psicológica de alguno de los pacientes o malas noticias con respecto a otros enfermos del grupo.

TÉCNICAS UTILIZADAS

Una parte significativa de la metodología la constituyen las técnicas de terapia ocupacional utilizadas. A continuación recogemos las que han resultado más significativas en nuestra intervención, tomando de García Baladés (2005: 269-278) la parte teórica de las mismas:

- *Ludoterapia o terapia recreativa.* "Su finalidad es facilitar el desarrollo, mantenimiento y demostración de una forma apropiada de vida ociosa. Se basa en la capacidad de los pacientes para expresarse a través de actividades en tiempo de ocio y para desarrollar una comprensión sobre la importancia y el valor que tiene éste en sus vidas" (274). Pretende desarrollar capacidades y actitudes para las actividades de la vida diaria durante el tiempo que el enfermo permanece en la sala.
- *Musicoterapia.* Implica la utilización planificada de la música para contribuir a mejorar el estado físico, mental y emocional de los enfermos durante el tiempo que están recibiendo el tratamiento. La música produce un efecto de

concentración mental y relajación general que disminuye la atención sobre las sensaciones molestas o dolorosas, rebajando su intensidad. Este aspecto es especialmente significativo en el caso de los pacientes oncológicos.

- *Técnicas de estimulación de la creatividad.* Pretenden “favorecer los aspectos cognitivos del pensamiento divergente o creativo. A través de sus principios o normas de aplicación, se desarrollan las actitudes favorecedoras de la experimentación lúdica, jugando mentalmente con las ideas y físicamente con los materiales” (276). Esta técnica ha sido la más utilizada en todas las actividades ocupacionales realizadas en la sala de quimioterapia. Por ejemplo, el **Juego del "Ahorcado"** y el **Juego de "Categorías"**. El *Juego del "Ahorcado"* implica la observación del entorno y la búsqueda de objetos cuya denominación sea interesante para el juego. Comienza con una palabra pensada por un participante y se escriben en una pizarra rayas horizontales según las letras que tenga la palabra pensada. El resto de participantes tratan de adivinar la palabra diciendo vocales o consonantes que creen que pueden formar la palabra a adivinar. Por cada error se va formando un dibujo con líneas sencillas que parezca un muñeco ahorcado. Gana el participante que adivina la palabra y éste propone una nueva. Este juego puede hacerse también con números, “*Juego del Ahorcado con números*”. El “*Juego de Categorías*” se inicia proponiendo una categoría de palabras, por ejemplo, nombres de chica que empiezan por S, animales o refranes. Cada participante debe decir una palabra perteneciente a la categoría establecida.
- *Técnicas cognitivas.* Contribuyen a “enseñar a las personas modos de pensar y actuar más adaptativos. Están basadas en la presunción de que los pensamientos intervienen entre los hechos y nuestras reacciones emocionales. Tiene como objetivo cambiar los pensamientos contraproducentes, enseñando a la persona a mirarse de maneras nuevas y positivas” (276). Estas técnicas se llevan a cabo en las tertulias que se

establecen en la sala. Su objetivo es que los enfermos, con ayuda de los distintos profesionales (enfermera, psicóloga, terapeuta ocupacional) trabajen de forma conjunta la visión que tienen del cáncer: habitualmente asociado a dolor y a muerte y que genera ansiedad y miedo ante los tratamientos y sus efectos secundarios. Las técnicas cognitivas ayudan al enfermo a enfrentarse de forma competente a los problemas que surgen en el día a día.

- *Terapia de grupo.* "Está orientada a la solución de problemas mediante el trabajo de los miembros del grupo en cuestiones o temas que emanan del propio grupo" (276). Los pacientes y acompañantes expresan sus problemas, inquietudes, miedos... y sus estrategias más efectivas para hacerles frente. De este modo intercambian maneras diferentes de actuar y enfrentarse a la situación que todos están viviendo y una vez que retoman su actividad diaria después de terminar el ciclo, los enfermos pueden adoptar alguna de las estrategias que se han planteado en el grupo y que le pueden ayudar en su vida cotidiana.
- *Terapia de familia.* La familia se entiende como un sistema y se anima a sus miembros a mantener relaciones positivas y a mejorar la comunicación. Todas las actividades ocupacionales realizadas con el paciente oncológico incluyen a su acompañante (normalmente un familiar), con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales entre ellos, facilitando el diálogo, el intercambio de ideas y opiniones, sobre los aspectos que les preocupan, relacionados con la enfermedad o con cualquier otra circunstancia de su vida diaria.
- *Pensamiento lateral.* "Se basa en los conocimientos de la psicología de la información e intenta cambiar estructuras mentales mediante el empleo de diversas técnicas para reestructuración de la información" (277). Esta técnica es utilizada en actividades ocupacionales como en *los acertijos* (la terapeuta plantea diferentes acertijos que los pacientes y sus acompañantes

tienen que adivinar), con el fin de que aprendan a mirar una situación desde varias perspectivas.

Estas técnicas se concretan en las actividades ocupacionales desarrolladas en la sala, cuyos objetivos comunes son:

- Mantener capacidades cognitivas como la memoria y el lenguaje.
- Fomentar el pensamiento positivo y el buen humor.
- Lograr que los enfermos y sus acompañantes verbalicen sus emociones.
- Trabajar las relaciones interpersonales entre el familiar y el paciente.
- Mantener una relación positiva entre los pacientes y la terapeuta ocupacional.
- Conseguir un clima agradable y distendido en la sala de quimioterapia.
- Potenciar la interacción de los pacientes entre sí y entre los pacientes y sus acompañantes.
- Mejorar la imaginación y la creatividad.
- Aumentar la motivación de los pacientes y de sus familiares para futuras actividades ocupacionales.
- Respetar las ideas y propuestas de todos los pacientes y educar en el respeto de las ideas y las vivencias de cada uno.

Además de las actividades ocupacionales ya señaladas se han realizado otras muchas como por ejemplo:

- **Juegos de Memoria.** En esta actividad cada participante debe repetir una consigna. Dada la proximidad de las fiestas navideñas, la consigna que utilizamos fue "Estas Navidades voy a comprar...". Después de la consigna, el primer participante debe decir el nombre de un objeto que vaya a comprar en navidades. Los demás participantes deben recordar todos los objetos mencionados y agregar uno a la lista.

- **Juego escrito de "Categorías"**. Se realiza igual que el *Juego de Categorías* pero con la diferencia de que esta actividad se lleva a cabo de forma escrita e individual con el paciente.

- **Juego de "Famosos"**. La actividad consiste en unas cartulinas en forma de tarjetas en las que aparece un personaje famoso. Uno de los participantes elige una tarjeta y reconoce el personaje. El resto de le plantean preguntas cerradas sobre la vida del famoso para tratar de adivinar quién es. Cada paciente participa en equipo con su acompañante.

- **Juegos de cartas y dominó**. Principalmente se utilizan los días que hay pocos enfermos recibiendo tratamiento.

- **Taller de cuentacuentos activo**. Esta actividad se desarrolla con la finalidad de aumentar la colaboración entre los pacientes. La terapeuta inicia un cuento y el resto de participantes continúan la narración según el turno de participación previamente establecido.

- **Tertulia y Debate**. Estas actividades se realizan todos los días.

- **Actividades propuestas por los acompañantes, como la papiroflexia y la realización de marcapáginas**. En estos casos es el acompañante el que se encarga de preparar y dirigir la actividad.

5-. RESULTADOS y CONCLUSIONES

El éxito de la actividad de terapia ocupacional desarrollada viene dado principalmente por la satisfacción de los pacientes y de sus acompañantes y por el carácter positivo que la experiencia ha tenido para la terapeuta, que ha aprendido a adaptar su trabajo a las necesidades de un grupo de enfermos con los que aún no se trabaja de forma habitual en terapia ocupacional.

El análisis de las actividades ocupacionales realizadas nos permite señalar los siguientes resultados:

- . El enfermo y su acompañante se mantienen activos durante el tiempo que están recibiendo el tratamiento. Esto motiva que nos encontremos en una situación dinámica, en la que enfermo y acompañante influyen en el entorno con su participación en las diferentes actividades que se desarrollan y a su vez reciben las aportaciones del resto de los pacientes.
- . Consideramos al enfermo como un sistema abierto y un subsistema volitivo dada su libertad de elección a participar o no en las actividades propuestas. Las actividades eran diseñadas para cada día en función de las características clínicas y psicológicas de los pacientes que tenían que acudir a tratamiento por lo que la decisión de participar en las mismas fue siempre positiva, salvo en contadas excepciones.
- . Actividades como la tertulia permiten desarrollar un subsistema de habituación que facilita que el enfermo exprese sus sentimientos e inquietudes sobre la enfermedad y le ayuda a incorporarla a su vida diaria. Intercambian información sobre el diagnóstico, las pruebas, los efectos secundarios y sobre todo aquello que les preocupa, de manera que por ejemplo, aprenden qué hacer para combatir los efectos secundarios, a qué médico pueden acudir para una determinada prueba, o en qué consisten los distintos tratamientos que reciben.
- . El entorno en el que se desarrollan las actividades es un entorno *limitador*, por la ansiedad que expresan al llegar a la sala. Con el trabajo del terapeuta ocupacional logramos que se convierta en un espacio *facilitador* en el que se alcanza un clima relajado y agradable que facilita el papel activo del enfermo, disminuye su ansiedad y le permite expresar sus dudas y temores ante la situación que está viviendo. Con respecto al entorno como espacio físico, hemos conseguido reducir el impacto ambiental limitador que provoca la sala haciendo que los enfermos contribuyan en su decoración aportando cuadros, figuras decorativas, fotos o plantas y colaborando en la preparación para fechas señaladas

como la Navidad, la Semana Santa, el día de San Valentín o las fiestas que organizamos para celebrar cumpleaños o cuando algún paciente es dado de alta. Cada uno participa con sus ideas y objetos de manera que logramos que en la sala se sientan cómodos y a gusto y se identifiquen con el espacio.

-. Con respecto a la aceptación de las actividades es lógico que unas hayan tenido mejor acogida que otras, pero no hemos encontrado problemas en la realización de ninguna de ellas. Es importante destacar el rol activo de los enfermos en la elección o en la sugerencia de las diferentes actividades, apoyando así la significatividad de las mismas para ellos. La colaboración y participación de los pacientes y de sus familiares en las distintas propuestas ha ido progresivamente en aumento. Esto motiva que los nuevos enfermos que paulatinamente se van incorporando a la dinámica de la sala, al ver la colaboración activa de los demás, se unan rápidamente a las actividades ocupacionales y estén más dispuestos a colaborar desde el principio.

-. Hemos logrado una fuerte interacción entre los miembros de alguno de los grupos, especialmente los formados por mujeres jóvenes (entre 35 y 55 años) con cáncer de mama, que aún después de terminado el tratamiento continúan una relación de amistad, se reúnen con frecuencia y realizan juntas diferentes actividades de ocio.

La experiencia ha sido muy satisfactoria y ya hemos comenzado a desarrollarla de nuevo, intentando corregir los errores cometidos. Pretendemos contribuir a que el enfermo acepte e integre el tratamiento de quimioterapia como un aspecto fundamental en su curación y conseguir que alcance un estado de bienestar cotidiano que le permita continuar con su vida de la mejor manera posible.

Bibliografía

1. Durante P. Modelos propios de Terapia Ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p.99-103.
2. García Baladés E. Sumario de términos y técnicas. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p.269-278.
3. Navas I. Terapia ocupacional: actividad psicosocial. En: García Margallo P, San Juan M^a, Jorquera S, Nava I. El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional. Madrid: Aytón Editores; 2005. p.126-168.
4. Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001