



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LA RELAJACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO DE CÁNCER SOLCA –
CUENCA, DURANTE EL PERIODO DE NOVIEMBRE DE 2010 – ENERO DE
2011”.**

Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de Psicólogas Clínicas

AUTORAS: Marianela Elizabeth Aguilera Heredia
María Lorena Escudero Aguilera

DIRECTORA: Dra. Ana Lucía Pacururu

CUENCA, ECUADOR

2012

A mis padres, por su apoyo, confianza y amor y por siempre brindarme oportunidades en mi vida, son mi pilar fundamental en todo momento. Con todo mi amor y cariño, les dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto para la realización de esta tesis.

Lorena

A mis padres a quienes les debo lo que soy, por su gran amor y apoyo siempre; y por ser el pilar en la realización de este trabajo. A mis hermanos, Juana y José por siempre estar a mi lado.

Marianela

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro especial agradecimiento a nuestra directora de tesis, la Dra. Ana Lucía Pacurucu, por su valiosa orientación y apoyo para la realización de este trabajo. Gracias por su paciencia, enseñanza y generosidad durante el proceso de desarrollo de esta investigación.

A nuestros padres por darnos su apoyo en todo sentido, y por motivarnos en nuestra formación académica.

A quienes forman parte del departamento de Psicología del Instituto de Cáncer SOLCA-Cuenca, por su colaboración y por proporcionarnos las facilidades necesarias para que se cumpla este trabajo.

Asimismo, quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a los pacientes de dicha institución, que hicieron posible que este trabajo se realice sin ninguna dificultad, sin ellos no hubiera sido posible.

Y a todas aquellas personas, que de alguna manera, estuvieron vinculadas en todo este proceso y experiencia de vida.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Índice de Contenidos.....	IV
Índice de Ilustraciones y Cuadros.....	VII
Índice de Anexos.....	IX
Resumen.....	X
Abstract.....	XI
Introducción.....	1
Capítulo 1: El Cáncer.....	3
Introducción.....	3
1.1. Definición del Cáncer.....	4
1.1.1. El Proceso del Cáncer.....	5
1.2. Síntomas del Cáncer.....	7
1.3. Epidemiología.....	8
1.4. Etiología.....	10
1.4.1. Factores inmunitarios.....	10
1.4.2. Factores infecciosos.....	10
1.4.3. Factores físicos.....	11
1.4.4. Factores químicos.....	11
1.4.5. Factores hormonales.....	11
1.4.6. Factores familiares y étnicos.....	12
1.5. Tipos de Cáncer.....	12
1.6. Diagnóstico.....	18
1.7. Tratamiento.....	20
1.7.1. Cirugía.....	21
1.7.2. Radioterapia.....	21
1.7.3. Oncología Médica.....	22
1.7.3.1. Quimioterapia.....	23
1.7.3.2. Hormonoterapia.....	24

1.7.3.3. Terapia biológica.....	24
1.7.3.4. Trasplante de células madre.....	25
1.7.3.5. Medicina Complementaria y Alternativa.....	25
1.8. Complicaciones y Cuidados.....	25
1.9. Aspectos Emocionales relacionados con el Cáncer.....	30
1.9.1. Adaptación Normal.....	30
1.9.1.1. Factores generales que inciden en la adaptación.....	31
1.10. SOLCA.....	32
Capítulo 2: Ansiedad.....	35
Introducción.....	35
2.1. Definición de Ansiedad.....	36
2.2. Síntomas.....	38
2.3. Diversos Enfoques o Corrientes.....	40
2.3.1. Enfoque Psicofisiológico.....	40
2.3.2. Enfoque Psicoanalítico.....	41
2.3.3. Enfoque Cognitivo - Conductual.....	41
2.3.4. Enfoque Existencial.....	42
2.3.5. Ansiedad Estado vs. Ansiedad Rasgo.....	44
2.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.....	46
2.5. Evaluación de la Ansiedad.....	48
2.6. Prevención de la Ansiedad.....	50
2.7. La Ansiedad y el Cáncer.....	52
2.7.1. Manifestaciones Clínicas de Ansiedad en Oncología.....	53
2.7.1.1. La experiencia de ansiedad y su expresión.....	53
2.7.1.2. La ansiedad ante la enfermedad y los tratamientos...	55
Capítulo 3: Las Técnicas de Relajación.....	60
Introducción.....	60
3.1. Bases teóricas de las Técnicas de Relajación.....	61
3.2. Objetivos de las Técnicas de Relajación.....	64
3.3. Tipos de Técnicas de Relajación.....	66
3.4. Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.....	69

3.4.1. La Técnica.....	71
3.5. Utilidad de las Técnicas de Relajación en pacientes oncológicos.....	71
Capítulo 4: Diseño de Investigación.....	73
4.1. Objetivos.....	73
4.1.1. Objetivo General.....	73
4.1.2. Objetivos Específicos.....	73
4.2. Universo y Muestra.....	74
4.3. Variables.....	74
4.4. Metodología y Procedimiento.....	75
Capítulo 5: Aplicación y Evaluación.....	78
5.1. Diagnóstico de casos clínicos de ansiedad.....	84
5.2. Aplicación de la Técnica de Relajación.....	88
5.3. Análisis de los Resultados.....	93
Capítulo 6: Conclusiones y Recomendaciones.....	96
6.1. Conclusiones.....	96
6.2. Recomendaciones.....	98
Bibliografía.....	101
Anexos.....	104

Índice de Ilustraciones y Cuadros

Figuras

Figura 1.1: Célula Normal y Célula Anormal.....	5
Figura 1.2: Proceso del Cáncer.....	7
Figura 1.3: Diferentes Tipos de Cáncer.....	18
Figura 2.1: Teoría Tridimensional de la Ansiedad.....	42
Figura 2.2: Adaptación al Cáncer: ansiedad y sufrimiento.....	59
Figura 3.1: Postura para la Relajación.....	65
Figura 3.2: Ejercicios de Relajación Progresiva de Jacobson.....	70

Cuadros

Cuadro 5.1: Frecuencia y Porcentaje según el Estado Civil.....	81
Cuadro 5.2: Frecuencia y Porcentaje según la Procedencia.....	82
Cuadro 5.3: Frecuencia y Porcentaje según la Residencia.....	83
Cuadro 5.4: Frecuencia y Porcentaje según el Diagnóstico de Cáncer.....	83
Cuadro 5.5: Diagnóstico de Casos Clínicos de Ansiedad.....	84
Cuadro 5.6: Nivel de A-E 1 según el Sexo.....	85
Cuadro 5.7: Nivel de A-E 1 según la Edad por Rangos.....	85
Cuadro 5.8: Nivel de A-E 1 según el Estado Civil.....	86
Cuadro 5.9: Nivel de A-E 1 según la Instrucción.....	86
Cuadro 5.10: Nivel de A-E 1 según la Residencia.....	87
Cuadro 5.11: Nivel de A-E 1 según el Diagnóstico de Cáncer.....	88
Cuadro 5.12: Niveles de Ansiedad.....	88
Cuadro 5.13: Nivel de A –E 2 según el Sexo.....	89
Cuadro 5.14: Nivel de A-E 2 según la Edad por Rangos.....	90
Cuadro 5.15: Nivel de A-E 2 según la Instrucción.....	91
Cuadro 5.16: Nivel de A-E 2 según el Diagnóstico de Cáncer.....	92
Cuadro 5.17: Niveles de Ansiedad	93

Gráficos

Gráfico 5.1: Porcentaje según el Sexo.....	79
Gráfico 5.2: Porcentaje según la Edad por Rangos.....	80
Gráfico 5.3: Porcentaje según el Nivel de Instrucción.....	81

Índice de Anexos

Anexo 1: Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.....	105
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	109
Anexo 3: FIEPS (modificado).....	110
Anexo 4: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	113

RESUMEN

Las personas son más vulnerables a presentar ansiedad cuando se enfrentan a situaciones que pueden amenazar su vida, como una enfermedad.

Esta investigación tiene el propósito de demostrar la efectividad de las técnicas de relajación, en especial la Relajación Progresiva de Jacobson, en pacientes hospitalizados con cáncer para lograr la disminución de los niveles de ansiedad, ya que al enfrentarse a esta difícil experiencia, es común que se presenten estos tipos de síntomas. El estudio se realizó en la Instituto de Cáncer SOLCA-Cuenca durante el periodo de dos meses. Se trabajó con pacientes que acababan de recibir un diagnóstico oncológico y que iban a empezar el tratamiento, y quienes, tras ser evaluados a través del Inventario STAI, presentaron niveles moderados y altos de ansiedad. Con esta información, se procedió a aplicar sesiones de relajación. Al finalizar las mismas, se reevaluó los niveles de ansiedad y se apreció una disminución significativa de la misma.

ABSTRACT

People are more vulnerable to present anxiety when they are faced with life threatening situations such as an illness.

The purpose of this research project is to demonstrate the effectiveness of relaxation techniques, especially Jacobson's Progressive Relaxation technique, on cancer patients who have been hospitalized, in order to reduce the anxiety levels, given that dealing with this type of experience causes such symptoms. The study was carried out in SOLCA Cancer Institute-Cuenca during a period of two months. We worked with patients who had just received the oncologic diagnosis and were beginning treatment. These patients showed moderate and high levels of anxiety after being evaluated with the STAI Inventory. After obtaining this information, the relaxation sessions were put into operation. At the end of the sessions, the levels of anxiety were reevaluated showing a significant decrease.



A purple ink signature of Diana Lee Rodas, written in a cursive style.

Translated by,
Diana Lee Rodas

En la infinitud de la vida, donde estoy,
Todo es perfecto, completo y entero.
Reconozco que mi cuerpo es un buen amigo.
Cada una de sus células contiene la Inteligencia Divina.
Yo escucho lo que me dice
Y sé que su consejo es válido.
Estoy siempre a salvo, bajo la guía y la protección divina,
Y elijo vivir en salud y ser libre.
Todo está bien en mi mundo.

Louise L. Hay

INTRODUCCIÓN

Desde hace siglos, se ha venido utilizando la relajación como una herramienta para alcanzar el bienestar a través de la toma de conciencia de uno, mismo para llegar al equilibrio de la mente y el cuerpo. La relajación es incompatible con los estados de ansiedad, es por eso que su práctica se la utiliza para disminuir dichos estados. La relajación se la ha venido utilizando como una de las principales técnicas en el tratamiento de la ansiedad. La ansiedad es un estado emocional normal en el ser humano, pero en ciertas situaciones de la vida se puede presentar con mayor intensidad, pudiendo manifestar síntomas patológicos.

Una enfermedad oncológica casi siempre implica, tanto en las personas que la padecen como en sus familiares, niveles de ansiedad más elevados debido a que este tipo de experiencia amenaza contra la vida del enfermo. En países más desarrollados, se ha evidenciado la importancia del aspecto psicológico del enfermo con cáncer para lograr un tratamiento integral, dando origen a la Psico-Oncología, ocupándose del abordaje terapéutico para el control de los síntomas y signos de la ansiedad mediante el uso de diferentes técnicas, entre las más importantes, la relajación.

En nuestra experiencia, como practicantes de Psicología Clínica en el Instituto de Cáncer SOLCA-Cuenca, percibimos la necesidad de los pacientes, tras presentar síntomas como temor a la enfermedad y al tratamiento, llanto, insomnio, disminución del apetito, incremento del dolor, entre otros, además de recibir apoyo psicológico, de experimentar técnicas alternativas que sean efectivas y prácticas para que les ayude a sobrellevar su enfermedad y tratamiento.

Nuestra investigación se llevó a cabo en el Instituto de Cáncer SOLCA-Cuenca por el periodo de noviembre de 2010 a enero de 2011, en pacientes oncológicos, a quienes se les evaluó el nivel de ansiedad, tras recibir su diagnóstico e iniciar su tratamiento respectivo. Se procedió a la aplicación de técnicas de relajación durante algunas sesiones, con el fin de disminuir su nivel de ansiedad. Posteriormente, se reevaluó el nivel de ansiedad de dichos pacientes.

Iniciamos el primer capítulo abordando el Cáncer en todos sus aspectos, desde la definición hasta el tratamiento, sin olvidarnos los aspectos emocionales que trae consigo esta enfermedad. Además, se describe brevemente el Instituto especializado en las enfermedades neoplásicas en nuestro medio. El segundo capítulo hace referencia a la Ansiedad en sus diferentes enfoques, síntomas, evaluación, prevención y además su relación con el cáncer. Las Técnicas de Relajación se describen en el tercer capítulo, iniciando desde sus bases teóricas, objetivos, tipos, enfatizando en la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson, finalizando con la utilidad de las técnicas de relajación en pacientes oncológicos. El cuarto capítulo muestra la propuesta que se efectuó, previa a la realización de la investigación. El quinto capítulo expone los resultados de los casos de ansiedad y los analiza estadísticamente. Por último, finalizamos con las conclusiones y recomendaciones que hemos obtenido de este trabajo.

CAPÍTULO 1

“EL CÁNCER”

Introducción

“Cáncer” quizás sea una de las palabras más utilizadas y que impresiona de sobremanera cuando se habla de salud y de enfermedad. Dicho término es empleado para referirse a un grupo de enfermedades que tienen un denominador común, la transformación de la célula normal en otra, que presenta un comportamiento adverso para el organismo del ser humano.

El cáncer es considerado una de las enfermedades más fatales y catastróficas a nivel mundial, por lo tanto da lugar a una temible situación tanto para la persona que la padece como para quienes la rodean. El cáncer ocasiona gran impacto en la sociedad ya que puede atacar a cualquier ser humano, sin importar el sexo, la edad, la raza y el nivel cultural.

La mayoría de las células cancerosas forman una protuberancia o masa llamada tumor, el mismo que se puede encontrar en todo tipo de tejidos y puede ser benigno o maligno; las diferencias entre ambos residen en su distinto comportamiento biológico. Las células del tumor maligno pueden desprenderse y viajar a otras partes del cuerpo donde pueden seguir creciendo, este proceso de propagación recibe el nombre de metástasis.

El presente capítulo abordará los conceptos básicos para entender en qué consiste este grupo de enfermedades y explicar aquellos tipos de cáncer más frecuentes que se presentan, las distintas causas que dan origen a los tumores, los diversos métodos de diagnóstico y tratamiento, sin olvidar los aspectos psicológicos que se presentan en quienes la padecen.

1.1. Definición del Cáncer

El concepto cáncer engloba un gran número de aspectos orgánicos, alteraciones psíquicas, problemas sociales y procesos inevitables. No es una enfermedad, sino más bien es un grupo de cientos de enfermedades diferentes. La palabra cáncer deriva del latín y significa “cangrejo”. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma alterada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos “neoplasia” y “tumor”.

Las enfermedades cancerosas se caracterizan por el crecimiento maligno y por la propagación descontrolada de células anormales en un órgano y/o en un sistema orgánico. Estás siguen apareciendo en las estadísticas como la segunda causa de muerte por detrás de las enfermedades del sistema cardiovascular.¹

Las más recientes y acertadas definiciones señalan que “el cáncer es un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma

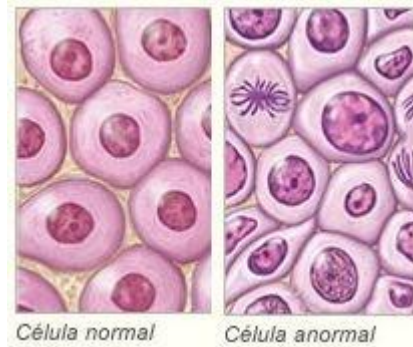
¹Enciclopedia Médica de la Salud. “Enfermedades Cancerosas”. Editorial Art Blume. Barcelona. 1997. Pág. 550.

indefinida, invade los tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo”.²

Muy rara vez, la enfermedad puede evolucionar hacia una curación de forma espontánea, mientras que en otros casos, el paciente sobrevive un largo tiempo por un crecimiento lento o por estabilización de la enfermedad.

Figura 1.1

Célula Normal y Célula Anormal



Fuente: Instituto Nacional de Cáncer

1.1.1. El Proceso del Cáncer

El cáncer comienza en las células, las mismas que constituyen los ladrillos del cuerpo. Normalmente, el cuerpo forma células nuevas conforme se necesitan para reemplazar a las células envejecidas que mueren y de esta manera se mantienen en balance. Algunas veces, este proceso no resulta ser el esperado, este balance se altera y crecen descontroladamente células nuevas que no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando deberían debido a la pérdida de una habilidad de la célula de someterse a suicidio celular mediante un proceso conocido como

² Die Trill, Maria. “Psico-oncología”. Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Pág. 41.

"apoptosis". La apoptosis o "suicidio celular", es el mecanismo mediante el cual las células viejas o dañadas normalmente se autodestruyen.

El aumento gradual en el número de células, el cual tiene la capacidad para dividirse, crea una masa creciente de tejido conocido como un "tumor" o "neoplasma". Si la tasa de división celular es relativamente rápida y no existen señales para activar la muerte celular, el tumor crecerá rápidamente de tamaño; si las células se dividen más lentamente, el crecimiento del tumor será más lento. Sin importar la tasa de crecimiento, los tumores finalmente aumentan de tamaño debido a que nuevas células se están produciendo en cantidades mayores de lo que es necesario.

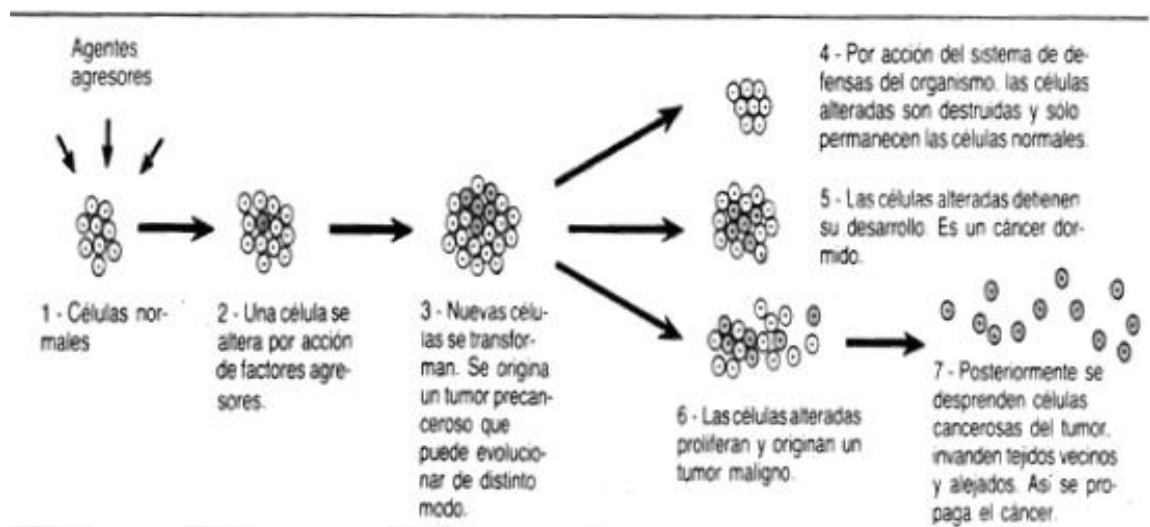
El cáncer puede originarse casi en cualquier parte del cuerpo y es capaz de diseminarse a través de todo el cuerpo mediante dos mecanismos: invasión y metástasis. La invasión se refiere a que las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. La metástasis se da cuando las células cancerosas se separan del tumor maligno y se diseminan de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama "tumor metastásico" o "metástasis". El tumor metastásico contiene células que son como aquellas del tumor original (primario).

Dependiendo de si de ellos se pueden diseminar o no por invasión y metástasis, los tumores se clasifican en benignos o malignos. Los tumores benignos son tumores que no se pueden diseminar a otros tejidos o partes del cuerpo por invasión o por metástasis, es decir no vuelven a crecer, por lo tanto, ellos sólo crecen localmente y generalmente se pueden extraer (extirpar).

Por definición, el término "cáncer" se aplica sólo a los tumores malignos, la denominación de un tumor como benigno o maligno depende de su comportamiento clínico, teniendo el maligno un crecimiento incontrolable o una propagación a distancia. El nombre del cáncer depende del órgano o tipo de célula donde empezó u originó. Hay muchos tipos diferentes de cánceres, pero todos comparten una característica común: el crecimiento descontrolado que progresa hacia la expansión sin límites.

Figura 1.2

Proceso del Cáncer



Fuente: Instituto Nacional de Cáncer

1.2. Síntomas del Cáncer

El cáncer puede causar una variedad de síntomas, los mismos que dependen del tipo y de la localización del tumor. Algunos cánceres pueden ser totalmente asintomáticos. En otros, los síntomas a menudo no se presentan hasta que la enfermedad haya alcanzado una etapa avanzada.

Los posibles síntomas de cáncer pueden ser los siguientes:

- Engrosamiento o bulto en el seno o en cualquier otra parte del cuerpo.
- Lunar nuevo o un cambio obvio de una verruga o de un lunar existente.
- Llagas que no sanan.
- Ronquera o tos persistente.
- Cambios en los hábitos del intestino o de la vejiga.
- Malestar después de comer.
- Indigestión que no se quita o dificultad para pasar alimentos.
- Aumento o pérdida de peso sin razón aparente.
- Hemorragia o secreción inusual.
- Sentirse débil o muy cansado.
- Dolor que no desaparece en tiempo razonable.
- Fiebre.

Cuando surgen estos síntomas u otros, no siempre son causados por cáncer, sino pueden ser causados por infecciones, tumores benignos u otros problemas. Generalmente, el cáncer al principio no causa dolor y en etapa temprana puede no tener ningún síntoma. Solamente un especialista podrá decir con seguridad si se trata o no de una enfermedad cancerosa.

1.3. Epidemiología

La probabilidad individual de desarrollar un cáncer viene dada por la incidencia nacional y las tasas de mortalidad. En los últimos cincuenta años, la tasa global de

mortalidad por cáncer ajustada por edad ha aumentado significativamente en los hombres, mientras que ha caído ligeramente en las mujeres. Es notable el aumento de muertes por carcinoma de pulmón en ambos sexos. La disminución en el número de muertes producidas por cáncer de mama, de útero y cérvix se relaciona por un diagnóstico precoz y un mayor número de curaciones. En cuanto a las muertes por cáncer de estómago, su disminución se ha atribuido a una baja de algunos carcinógenos de la dieta, por una mejor conservación de los alimentos o cambios en los hábitos dietéticos.

Se pueden encontrar grandes diferencias en la incidencia y en las tasas de mortalidad en formas específicas de cáncer en todo el mundo. De acuerdo con estudios en diferentes poblaciones, los factores ambientales y culturales sobresalen más que a la predisposición genética. Los factores ambientales son muchos y se encuentran en el ambiente, en el lugar de trabajo, en los alimentos y en los hábitos personales.

La edad tiene una influencia importante en la probabilidad de padecer cáncer. En los últimos años de vida es cuando ocurren la mayoría de los carcinomas. En las mujeres de 40 y 79 años y en los hombres de 60 a 79 años de edad, el cáncer es la causa principal de muerte. La leucemia aguda y las neoplasias del sistema nervioso central son responsables del 60% de las muertes en menores de 15 años.³

El Quinto Informe del Registro de Tumores en el Cantón Cuenca, SOLCA, ratifica que el cáncer es más frecuente en la población del cantón Cuenca en relación a los demás cantones de la provincia del Azuay. Se indica que, del total de casos con

³ Robbins y Cotran. "Patología Estructural y Funcional". Séptima edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 2005. Páginas 285 – 290.

diagnóstico de cáncer, en el periodo de 1996 – 2004, con residencia habitual en la provincia del Azuay, alcanza la cifra de 6855, de los cuales 59,6% corresponden a las mujeres y el 40,4% a los hombres, en una relación de 15 mujeres a 10 hombres. La incidencia en el cantón Cuenca se ubica en el 73,8% con 5059 casos, seguido del cantón de Gualaceo con el 5,8%, y luego le siguen otros cantones con porcentajes menores al 5%.⁴

1.4. Etiología

Son numerosas las causas del cáncer, se indicarán a continuación los principales factores etiológicos.

1.4.1. Factores inmunitarios

Alteraciones en la inmunidad de los pacientes no permiten la destrucción de las células extrañas al organismo, favoreciendo así la proliferación de las mismas. En condiciones normales, algunas células del sistema inmune sí participan en la destrucción de las células extrañas.

1.4.2. Factores infecciosos

En la génesis del cáncer están involucrados determinados virus y parásitos, los cuales provocan la formación de las células infectadas. Entre los más comunes están: el Papiloma virus humano, el virus de Herpes simple tipo 1, el virus de la Hepatitis B y C, el Retrovirus, principalmente el VIH, los parásitos y el Helicobacter Pylori.

⁴ Dignidades del Instituto del Cáncer – SOLCA. Núcleo de Cuenca. “Quinto Informe. Incidencia del Cáncer en el Cantón Cuenca 1996 – 2004”. Gráficas Hernández. Cuenca, Ecuador. Diciembre, 2007. Página 26.

1.4.3. Factores físicos

La ingestión de cáusticos, las inflamaciones crónicas y por cuerpos extraños, y traumatismos repetidos actúan provocando la proliferación celular, aumentando así, la posibilidad de transformación neoplásica. Entre otros factores físicos están los rayos ultravioleta en personas que se exponen excesivamente al sol, y las radiaciones ionizantes actúan con un mecanismo que interviene directamente, provocando alteraciones directas sobre el ADN y alterando su replicación y favoreciendo así a la aparición de neoplasias.

1.4.4. Factores químicos

Hay carcinógenos orgánicos e inorgánicos que intervienen en procesos industriales, los cuales afectan a ciertos grupos de trabajadores. El carcinógeno más estudiado es el tabaco, atribuyéndole uno de cada siete casos de cáncer, tanto para los fumadores como para los fumadores pasivos. Otro factor importante en el desarrollo de tumores malignos es la polución atmosférica, ya que el aire respirado contiene gran cantidad de carcinógenos químicos.

1.4.5. Factores hormonales

El cáncer de cérvix se ha relacionado con el inicio precoz de las relaciones sexuales y la promiscuidad, un gran número de compañeros sexuales y un alto número de embarazos. Con el cáncer de mamá y de endometrio se relaciona una menarquía precoz y una menopausia tardía. La nuliparidad es también un factor para el desarrollo del cáncer de mama.

1.4.6. Factores familiares y étnicos

La influencia que tienen el ambiente u otros carcinógenos externos en características genéticas heredadas puede contribuir a la aparición y progresión de un cáncer.

1.5. Tipos de Cáncer

Los tumores malignos generalmente se pueden clasificar en:

Los carcinomas, los tipos más comunes de cáncer, se originan de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo (piel y mucosas), constituyendo el tipo más común de cáncer. Los lugares más comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon, la vejiga, la próstata y el útero.

Los linfomas son tumores malignos que se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico del cuerpo.

Las leucemias son cánceres de las células inmaduras de la sangre que crecen en la médula ósea y que tienen la tendencia a acumularse en grandes cantidades en el torrente sanguíneo.

Según el Instituto Nacional de Cáncer, entre los tipos de cáncer más comunes se encuentran:

- Cánceres de cabeza y cuello

Los tumores de cabeza y cuello representan un grupo variado de enfermedades malignas que incluyen fundamentalmente los cánceres de boca, del cuello, de la faringe, de los senos paranasales, de las vías auditivas y de las glándulas salivares. Si se detectan anticipadamente, estos cánceres suelen ser curables. El consumo del

tabaco o de las bebidas alcohólicas son factores etiológicos importantes en estos tipos de cáncer. Su diagnóstico y tratamiento ejercen una mayor influencia física y psicológica sobre los enfermos, ya que tanto las alteraciones en el aspecto físico, las cuales son secundarias a la enfermedad y sus tratamientos, como la incapacidad funcional consecuencia de los mismos, provocan reacciones emocionales severas. La deformidad facial y la dificultad para respirar, tragar y verbalizar son sólo algunas de las secuelas a las que se deben enfrentar estos pacientes.

- Cáncer de cervical

Llamado también cáncer de cuello uterino, incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en los tejidos del cérvix, es decir el pasaje que conecta al útero con la vagina. Es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres, después del cáncer de mama, y en países en vías de desarrollo es el más frecuente. Durante el periodo 2001-2004 en el cantón Cuenca ocupa el tercer lugar de incidencia en las mujeres. Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, suele tomar varios años para que las células normales del cuello uterino se conviertan en células cancerosas.

Inicialmente, puede no presentar síntomas, pero más adelante puede haber dolor en la pelvis o sangrado vaginal.

- Cáncer de endometrio

El cáncer del endometrio es una enfermedad por la cual se forman células malignas en los tejidos del endometrio o revestimiento del útero. Es considerado actualmente como el tumor ginecológico más común, pero la mortalidad de esta enfermedad es menor que la de los tumores de ovario y cérvix. Por lo general, se presenta en una etapa en torno a los sesenta y un años.

- **Cáncer de estómago**

El cáncer del estómago también conocido como cáncer gástrico, es una enfermedad por la cual se forman células cancerosas en el revestimiento del estómago. Por lo general se presenta en los varones. En el cantón Cuenca, en el periodo 2001-2004, ocupa el segundo lugar en los hombres, mientras que en las mujeres el cuarto lugar. Es difícil diagnosticar este cáncer en sus primeras etapas, por lo tanto, con frecuencia pasa desapercibido hasta que la enfermedad ha alcanzado una etapa terminal. Por estos motivos, este tipo de cáncer tiene una tasa de supervivencia más baja que muchos otros tipos de cáncer.

- **Cáncer de ovario**

El cáncer de ovario es la formación de células malignas en los tejidos del ovario. La incidencia de este cáncer en los últimos años se ha incrementado, siendo la cuarta casusa más común de muerte por cáncer en la mujer. Presenta la mortalidad más alta de todos los cánceres del sistema reproductivo femenino. Esto refleja, en parte, la falta de síntomas iniciales y de exámenes comprobados de detección del mismo. Por lo tanto, con frecuencia es diagnosticado en etapa avanzada, es decir después de que el cáncer se ha extendido fuera del ovario. Sin embargo, si se detecta en una etapa temprana y recibe tratamiento, la tasa de cura es buena.

- **Cáncer colorrectal**

El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o el recto. Tanto el cáncer de colon como el cáncer de recto comparten muchas características en común. El cáncer colorrectal se origina en el sistema digestivo, cuando las células normales de las paredes del colon o del recto empiezan a cambiar y proliferar sin control y forman

una masa que se le conoce como tumor. Si se detecta anticipadamente, con frecuencia es curable.

- Cáncer de piel

El cáncer de piel engloba un conjunto de enfermedades neoplásicas que tienen diagnóstico, tratamiento y pronóstico muy diferente, lo único que tienen en común es la misma localización anatómica, la piel. Si se dejan sin examinar, estas células cancerosas se pueden diseminar desde la piel a otros tejidos y órganos (metástasis).

Se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en la piel que a menudo está expuesta a la luz solar como son la cara, el cuello, las manos y los brazos. Por lo tanto, el principal factor de riesgo para desarrollar este tipo de cáncer son los llamados rayos ultravioleta procedentes de la luz solar, que producen mutaciones en el ADN de las células que se acumulan durante años. El cáncer de piel en la provincia del Azuay, específicamente en el cantón Cuenca, se ubica en los hombres en el tercer lugar y en las mujeres en el primer lugar, durante el periodo 2001-2004, según el registro de tumores de SOLCA, Cuenca.

- Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es una enfermedad en la cual se forman células malignas en los tejidos de la próstata. Es el segundo cáncer más común en los hombres, después del cáncer de piel, y la segunda causa principal de muerte por cáncer en los hombres, después del cáncer del pulmón. Según el registro de tumores de SOLCA, Cuenca, este tipo de cáncer se ubica en el primer lugar en el periodo 2001–2004.

- **Cáncer de pulmón**

El cáncer de pulmón se origina del crecimiento maligno de células en los tejidos del pulmón. Es uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial. Según el registro de tumores de SOLCA, Cuenca, en el periodo de 2001-2004, la incidencia en los hombres se encuentra en el séptimo lugar. Es una de las neoplasias a la que más claramente se puede asociar etiológicamente con un factor ambiental, el tabaco.

- **Cáncer de seno**

Llamado también cáncer de mama, es un tumor maligno que se origina en las células malignas en los tejidos de la mama. Esta enfermedad ocurre principalmente en las mujeres, pero los hombres también pueden desarrollar cáncer de seno. Este tipo de cáncer ha aumentado gradualmente en los últimos años, constituyendo el tipo de cáncer más frecuente entre la población femenina mundial. En el periodo 2001-2004, en el cantón Cuenca el número de casos se ubicó en el segundo lugar. Este tipo de cáncer produce respuestas psicológicas específicas, generalmente relacionadas con aspectos íntimos como la femineidad, la sexualidad, la maternidad y la imagen corporal, afectando a la identidad femenina generalmente a niveles muy profundos. Según el Instituto Nacional de Cáncer, en la mayoría de los casos, el cáncer de mama se diagnostica y se trata antes del desarrollo de la metástasis.

- **Cáncer de testículo**

El cáncer de testículo es una enfermedad por la cual se forman células cancerosas en los tejidos de uno o ambos testículos. Con más frecuencia afecta a los hombres entre los 20 y 39 años de edad y es la forma más común de cáncer en hombres entre los 15

y 34 años de edad. Aunque la enfermedad no es habitual, es el cáncer más común en los hombres de estas edades.

- **Cáncer de tiroides**

En el cáncer de la tiroides se forman células malignas en los tejidos de la glándula tiroides. Es el cáncer endocrinológico más frecuente; sin embargo, es raro en comparación con otros tipos de cánceres. El signo principal del cáncer de tiroides es un bulto (nódulo) en la tiroides, y la mayoría de los cánceres no producen ningún síntoma. Por lo general se presenta en las mujeres.

- **Leucemia**

La leucemia, el cáncer sanguíneo más común, comienza en el tejido que forma la sangre, como la médula ósea, y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos y que entren en el torrente sanguíneo. El término "leucemia" se utiliza para denominar los tipos de cáncer que afectan a los glóbulos blancos. A pesar de que el número de casos de leucemia en adultos es aproximadamente diez veces el número de casos en niños, es el cáncer infantil más común. A pesar de los grandes avances realizados, el diagnóstico y el tratamiento de los cánceres de la sangre se caracterizan por la imprevisibilidad de su evolución y por la incertidumbre de su desenlace.

- **Linfoma no Hodgkin**

El linfoma no Hodgkin es un cáncer que comienza en las células del sistema inmunitario, el mismo que comprende los vasos linfáticos, la linfa, los ganglios

linfáticos (cuello, axilas, pecho, abdomen y las ingles) y otras partes del sistema linfático (amígdalas, el timo y el bazo).

Figura 1.3

Diferentes Tipos de Cáncer



Fuente: Instituto Nacional del Cáncer

1.6. Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer es el proceso por el cual se identifica dicha enfermedad, por sus signos y síntomas.

Inicialmente, el diagnóstico de los distintos tipos de cáncer debe ser clínico, con una historia detallada y una exploración física minuciosa. A continuación, es necesario realizar un estudio con medios auxiliares de laboratorio (hematología y bioquímica de la sangre, orina, hormonas, marcadores tumorales), métodos físicos (radiologías, resonancia magnética, gammagrafías, tomografías, etc.), y métodos instrumentales (endoscopias digestivas, urologías y bronquiales, laparoscopias, entre otros).

Además, es indispensable la obtención de estudios microscópicos que se realizan a través de una biopsia del tejido tumoral. A través de la correcta utilización de todos estos métodos, se puede llegar a una sospecha diagnóstica más o menos aproximada, clasificando el estadio o extensión del tumor de acuerdo al tamaño, al estado de los ganglios regionales, y la metástasis a distancia. De esta manera, se estará en condiciones de aplicar el tratamiento óptimo para el paciente.⁵

El detectar el cáncer en su etapa temprana puede afectar el resultado de la enfermedad de ciertos cánceres. En algunos casos, la detección temprana del cáncer puede reducir el riesgo de que una persona muera a causa del mismo. Por esta razón, la mayor prioridad de los investigadores de cáncer actualmente es mejorar los métodos para la detección temprana.⁶

Desafortunadamente, en nuestro medio, las preocupaciones por la salud se originan únicamente cuando la persona presenta malestar extremo, o cuando la sintomatología le impide continuar con sus labores normales, impidiendo de esta forma, un diagnóstico a tiempo.

Un diagnóstico del cáncer ocasiona frecuentemente mucha ansiedad y puede afectar la calidad de vida de la persona por completo.

1.7. Tratamiento

En la mayoría de casos, el tratamiento óptimo del cáncer es multidisciplinario, en el cual intervienen distintas especialidades médicas oncológicas. Entre las más importantes y eficaces se encuentran la cirugía, las radiaciones y el tratamiento u

⁵ Die Trill, Maria. "Psico-oncología". Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Pág. 44 - 45.

⁶ Enciclopedia Médica de la Salud. "Enfermedades Cancerosas". Editorial Art Blume. Barcelona. 1997. Página 560.

oncología médica, las cuales son de máxima importancia para la planificación del tratamiento. El tratamiento varía de acuerdo con el tipo de cáncer y con su etapa. La cirugía y las radiaciones actúan sobre el tumor local y regional, mientras que el tratamiento médico, tiene un efecto sistémico. Muchos tumores requieren un tratamiento con dos o tres especialidades y solamente un grupo reducido necesitará un tratamiento con una sola especialidad.⁷

Es muy importante que la terapia psicológica esté presente dentro del tratamiento oncológico de un paciente, ya que en todo momento, el apoyo emocional es fundamental y la búsqueda de los posibles detonantes psicoemocionales o psicobiológicos.

Algunas veces, dada la incapacidad actual de la ciencia para curar los tipos de cáncer más agresivos en estados avanzados de evolución, es preferible renunciar al tratamiento curativo y aplicar un tratamiento paliativo que proporcione el menor grado posible de malestar y conduzca a una muerte digna. En estos casos el apoyo emocional cobra una importancia primordial.

1.7.1. Cirugía

Llamado también tratamiento quirúrgico. La cirugía es el procedimiento por el cual se extirpa el cáncer. Es el arma terapéutica más eficaz para la cura de los distintos cánceres. Aproximadamente un 70% de todos los pacientes con tumor requieren una actuación quirúrgica para su diagnóstico, pero sobre todo para fines terapéuticos.

Los fines de la cirugía son varios, entre los principales por orden de prioridad están:

⁷ Die Trill, Maria. "Psico-oncología". Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Pág. 45.

- No causar daño.
- Curar el cáncer.
- Preservar la función al máximo sin arriesgar la curación.
- Procurar la paliación.
- Mantener la estética cuando sea posible.
- Rehabilitar al paciente para reintegrarlo a la sociedad.

La cirugía de los distintos tumores puede comprender desde un acto mínimo, como una punción diagnóstica, hasta una mutilación que puede practicarse al cuerpo humano. La rehabilitación física, funcional, psicológica, social y laboral debe acompañar a cualquier cirugía oncológica para una mejor recuperación del paciente.⁸

1.7.2. Radioterapia

La radioterapia usa rayos de alta energía con el fin de destruir las células cancerosas en un área determinada. Este método puede ser radical, con intento curativo, indicada principalmente en tumores de alta o moderada sensibilidad a las radiaciones, o bien complementaria de la cirugía, utilizándose de forma pre o post operatoria con objeto de disminuir el riesgo de recidiva local o regional. Además, se utiliza con fin paliativo.

La radiación puede administrarse de forma externa a través de una máquina que apunta la radiación al área del tumor. También se puede administrar internamente, por medio de agujas, semillas, alambres o catéteres que contienen una sustancia radioactiva que se implantan cerca del cáncer; para lo cual, el paciente puede

⁸ Die Trill, Maria. "Psico-oncología". Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Pág. 46-48.

necesitar quedarse en el hospital separado de otra gente mientras el nivel de radiación es más elevado. Los implantes pueden ser permanentes o temporales.

Los tratamientos de radiación no causan dolor. Los efectos secundarios son frecuentemente temporales y la mayoría pueden tratarse y controlarse. Es posible que los pacientes se sientan muy cansados, presenten náuseas y vómitos, especialmente en las últimas semanas del tratamiento. Con radiación externa, es también común perder el pelo temporalmente en el área tratada y que la piel se ponga roja, reseca, sensible y con comezón.⁹

1.7.3. Oncología Médica

Consiste en la utilización de sustancias químicas o biológicas para actuar sobre los distintos cánceres de forma sistémica. Este es un tratamiento de primera línea en algunos casos (leucemias, linfomas y otros), y complementario de la cirugía y/o de la radioterapia en muchos otros.¹⁰

Entre las modalidades que usa la Oncología Médica para tratar los distintos tipos de cáncer, las principales se encuentran:

- Quimioterapia
- Hormonoterapia
- Terapia biológica
- Trasplante de células madre

⁹ Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer: preguntas y respuestas. Estados Unidos. Citado el 21/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/cancer-respuestas>

¹⁰ Die Trill, María. "Psico-oncología". Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Pág. 49.

1.7.3.1. Quimioterapia

Consiste en la administración de fármacos para destruir las células cancerosas en todo el cuerpo, impidiendo la reproducción de las células malignas. Las células sanas también pueden ser dañadas, especialmente las que se dividen rápidamente. El médico puede usar un fármaco o una combinación de fármacos.

Los efectos secundarios dependen principalmente de los fármacos y de la dosis que recibe el paciente. Un efecto secundario común es la pérdida de pelo; sin embargo, no todos los fármacos contra el cáncer ocasionan esta pérdida. También puede causar fatiga temporal, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, diarrea, llagas en la boca y labios, cistitis, pigmentación cutánea y otras. Las células normales generalmente se recuperan cuando la quimioterapia ha terminado, por lo que la mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento.

Hoy en día, la quimioterapia en combinación con la cirugía o la radioterapia constituye el método de elección, obteniendo resultados sorprendentes y elevando las probabilidades curativas.

1.7.3.2. Hormonoterapia

Es un tratamiento paliativo y sólo debe aplicarse a aquellos tumores que dependen de hormonas para su crecimiento, estos son el cáncer de mama y el de próstata, en mayor grado, y los tumores de endometrio, tiroides y riñón, en menor grado. La terapia hormonal impide que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que detienen la producción de ciertas hormonas o que cambian la forma como funcionan las

hormonas. Otro tipo de terapia hormonal es la cirugía para extirpar los órganos que producen hormonas. Dependiendo del tipo de terapia hormonal que se use, estos efectos secundarios pueden ser temporales, durar mucho tiempo o ser permanentes.

1.7.3.3. Terapia biológica

Es un concepto terapéutico relativamente nuevo contra el cáncer que incluye también la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Este método utiliza directa o indirectamente el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad para aumentar tanto las perspectivas de curación como disminuir los efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos del cáncer. En general, estos tratamientos tienden a causar síntomas parecidos a los de la gripe, como escalofríos, fiebre, dolor de músculos, debilidad, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y diarrea. Los pacientes pueden también sangrar o magullarse con facilidad, tener erupciones de la piel o inflamación. Estos problemas pueden ser graves, pero desaparecen cuando termina el tratamiento. También se la llama bioterapia, inmunoterapia, terapia modificadora de la respuesta biológica, y terapia MRB.

1.7.3.4. Trasplante de células madre

El trasplante de células madre (células que forman glóbulos sanguíneos) permite que los pacientes reciban altas dosis de quimioterapia, de radioterapia o ambas. Las altas dosis destruyen tanto las células cancerosas como las células normales de la médula ósea. Después del tratamiento, los pacientes reciben células madre que forman o producen sangre sana, a través de un tubo flexible que se coloca en una vena. Las células madre trasplantadas generan glóbulos sanguíneos nuevos. Estas células

también se pueden extraer del paciente antes de recibir el tratamiento con altas dosis o pueden obtenerse de otra persona.¹¹

1.7.3.5. Medicina Complementaria y Alternativa

Algunas personas con cáncer usan la medicina complementaria y alternativa. En general, se llama medicina complementaria cuando se usa junto con el tratamiento convencional; y se llama medicina alternativa, cuando se usa en vez del tratamiento convencional.

Estos métodos incluyen la acupuntura, la terapia de masaje, los productos a base de hierbas, las vitaminas o las dietas especiales, la visualización y la curación espiritual. Mucha gente cree que esta medicina les ayuda a sentirse mejor. Sin embargo, algunos tipos de medicina complementaria y alternativa pueden cambiar la forma como trabaja el tratamiento convencional, pudiendo estos cambios ser perjudiciales.

Otros tipos de medicina complementaria y alternativa pueden ser peligrosos aún cuando se usen por sí solos. Además, algunos tipos de medicina complementaria y alternativa son bastante costosos.¹²

1.8. Complicaciones

En el desarrollo de la enfermedad del cáncer surgen varias complicaciones que están o no relacionadas con la misma. En los pacientes con cáncer las infecciones son muy comunes, entre las más comunes están:

¹¹ Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento. Estados Unidos. Citado el 22/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page8#f8>

¹² Instituto Nacional del Cáncer. Medicina complementaria y alternativa. Estados Unidos. Citado el 22/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page9>

- La septicemia, provocada por la presencia de bacterias en la sangre, poniendo la vida del paciente en riesgo.
- Las fracturas sobre metástasis óseas pueden suceder sin traumatismo o sonido habitual, por eso el dolor óseo agudo en pacientes con cáncer, especialmente de mama o de pulmón, debe ser prestado mucha atención.
- Los dolores de cabeza, náuseas, alteraciones visuales, entre otros, pueden indicarnos dolencias cerebrales.
- La formación de líquido ascítico puede ser originada por hipertensión portal, causado por metástasis en el hígado producto de cánceres de mama o colorrectal o por metástasis peritoneales de cáncer de ovario.
- La elevación del calcio puede llevar al coma y la muerte del paciente, por esto la importancia de una evaluación oportuna y un tratamiento adecuado.
- En un cáncer no controlado, la pérdida de peso es un signo frecuente debido a la actividad tumoral que consume más energía de la que se provee por los alimentos. Los tumores actúan produciendo proteínas supresoras del apetito, reduciendo así el gusto e interés por la comida.
- El dolor también es una complicación que afecta al paciente y a su calidad de vida.

Por otra parte están los efectos secundarios físicos que podrían estar afectando la calidad de vida del paciente, entre ellos:

- Salud de los huesos: Ciertas terapias del cáncer están en mayor riesgo de desarrollar osteoporosis (la disminución de la densidad ósea).
- Chemo del cerebro: Pueden darse cambios cognitivos como dificultad con: la memoria a corto plazo, la multitarea, un nuevo aprendizaje, la comprensión de lectura, para trabajar con números y una disminución en la capacidad de concentración.
- El estreñimiento: Disminución en el número de deposiciones diarias o el difícil paso de heces duras puede causar malestar o sangrado por el recto.
- Diarrea: La diarrea puede causar muchos problemas incluyendo la deshidratación, la pérdida de nutrientes importantes, pérdida de peso y la fatiga.
- Fatiga: Es la sensación de agotamiento e incapacidad para concentrarse, y sobre todo, mayor sensación de cansancio de lo que se ha sentido alguna vez.
- Neutropenia febril: Los neutrófilos constituyen la mayoría de los glóbulos blancos y se forman en la médula ósea, siendo los primeros en responder y apareciendo rápidamente en el sitio de la ingestión y destrucción de partículas extrañas. Un recuento normal de neutrófilos está entre 2500 y 5000. Un recuento bajo de neutrófilos se conoce como neutropenia.

- Caída del cabello: La quimioterapia ataca las células en el cuerpo que están creciendo rápidamente, tanto células cancerosas como algunas células normales, tales como las células del cabello.
- La incontinencia: La incapacidad para controlar el flujo de orina.
- Insomnio: Los medicamentos, hospitalización, quimioterapia, radiación o terapia hormonal, dolor, sofocos, náuseas y vómitos, pueden contribuir al desarrollo del insomnio
- Pérdida de apetito: El paciente no siente hambre, o no tiene deseo o interés en la comida.
- El linfedema: Es un edema por acumulación anormal de líquido en el tejido subcutáneo, el cual causa molestias.
- Las mucositis: Son las úlceras bucales, mucositis. Se pueden dar por la quimioterapia y la radioterapia. La mucositis oral conduce a varios problemas, incluyendo el dolor, los problemas nutricionales como resultado de la incapacidad para comer y un mayor riesgo de infección debido a llagas abiertas en la mucosa.
- Cambios en la piel y uñas: Algunos cambios comunes con la terapia de radiación incluyen enrojecimiento, descamación, piel fina o frágil y aumento de la sensibilidad a la luz solar. Con la quimioterapia se puede observar los

cambios en el tono de la piel o pigmentación, piel muy seca, erupciones, enrojecimiento, descamación y aumento de la sensibilidad a la luz solar. Las uñas pueden llegar a ser débiles, romperse o despegarse.

- Náuseas y vómitos: Son causadas por algunos agentes de la quimioterapia y la radioterapia. Además por la ansiedad acerca de los tratamientos futuros y las experiencias negativas previas con la terapia del cáncer.
- Neuropatía periférica (daño nervioso): Algunos medicamentos de quimioterapia pueden dañar los nervios periféricos, especialmente con dosis más altas o después de dosis múltiples. La neuropatía es la irritación o daño a los nervios que consiste en la dificultad de los nervios para "comunicarse" unos con otros.
- Disnea: Dificultad para respirar.
- Dispareunia: Sequedad vaginal y relaciones sexuales dolorosas.

1.9. Aspectos Emocionales relacionados con el Cáncer

La mayoría de los pacientes con cáncer experimentan una variedad de respuestas emocionales; sin embargo, no presentan signos y síntomas de ningún trastorno mental específico. Los sufrimientos psicológicos y sociales se experimentan en muchos niveles, desde la adaptación normal, trastornos de adaptación a trastornos mentales graves (por ejemplo, trastorno depresivo grave).

1.9.1. Adaptación Normal

La adaptación al cáncer es un proceso continuo en el cual el paciente aprende a enfrentar al sufrimiento emocional, a solucionar problemas relacionados con el cáncer y a controlar situaciones de la vida relacionados con la enfermedad. Los pacientes se enfrentan a muchos retos que se modifican a medida que cambia la enfermedad y el tratamiento. Entre los momentos de crisis y grandes retos que se presentan está el escuchar el diagnóstico, recibir y finalizar el tratamiento, recibir la noticia de que el cáncer se encuentra en remisión, escuchar que el cáncer ha reaparecido y pasar a ser un sobreviviente del cáncer. Cada una de estas situaciones envuelve tareas específicas de adaptación, preguntas sobre la vida y la muerte y problemas emocionales comunes.

Los pacientes están en mejores condiciones de adaptarse a un diagnóstico de cáncer si pueden continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad emocional y seguir participando en actividades que son significativas e importantes para ellos.

La adaptación es el empleo de pensamientos y comportamientos para ajustarse a situaciones de la vida. El estilo de adaptación de una persona se relaciona generalmente con su personalidad (por ejemplo, pensar siempre lo mejor, pensar siempre lo peor, ser tímido, reservado o extrovertido).

Las habilidades para hacer frente consisten en pensamientos y comportamientos que se utilizan en situaciones poco frecuentes, por ejemplo, cuando uno debe modificar la rutina diaria o el programa de trabajo para acomodarse a los efectos secundarios del

tratamiento de cáncer. La adopción de estrategias de adaptación puede ayudar a un paciente a aprender formas de cambiar situaciones problemáticas, controlar las dificultades emocionales y comprender por qué se presentó el cáncer y el efecto que el mismo puede tener en su vida. Los pacientes que se adaptan bien están generalmente comprometidos y participan activamente en ajustarse a la enfermedad. Incluso, encuentran significado e importancia para sus vidas. Los pacientes que no se adaptan bien participan menos en el ajuste, se retraen y se sienten desesperanzados.

1.9.1.1. Factores generales que inciden en la adaptación

Muchas diferencias individuales influyen en la manera en que un paciente se adapta al cáncer. Es difícil predecir la manera en que una persona reaccionará a la enfermedad.

Entre los factores que afectan la manera en que un paciente se adapta al cáncer están:

- El tipo de cáncer, el estadio y la posibilidad de recuperación.
- La fase del cáncer, como por ejemplo, recientemente diagnosticado, en tratamiento, en remisión o cáncer recidivante.
- Capacidades individuales para la adaptación.
- Presencia de amigos y familia para respaldar al paciente.
- Edad del paciente.
- Disponibilidad de tratamiento.
- Creencias sobre la causa del cáncer.
- Comunicación del diagnóstico.
- Proceso del tratamiento y su resultado.

La dificultad se presenta cuando una persona siente que carece de los recursos para dominar o controlar el cáncer. La alteración experimentada por pacientes con el mismo diagnóstico y sometidos al mismo tratamiento puede ser muy distinta.¹³

1.10. SOLCA

“La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA”, es una Institución de derecho privado que tiene como finalidad brindar servicio público. Fue creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional contra el Cáncer en el Ecuador. Sus objetivos se cumplen mediante una campaña orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica para alcanzar sus metas de: prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades neoplásicas. SOLCA desarrolla su campaña por medio de una estructura sanitaria representada por Núcleos y Comités, que le permite desarrollar su actividad en la mayor parte del país.¹⁴

Cuenta con los servicios de la Unidad de Consulta Externa que ayuda a realizar una rápida y precisa evaluación diagnóstica, para así seleccionar la mejor alternativa para los intereses de los pacientes aplicando estrategias de triaje y consulta de ciertas especialidades. El área de Clínica consta de Consulta Médica especializada en Oncología Clínica

¹³ Instituto Nacional del Cáncer. Adaptación normal. Estados Unidos. Citado el 25/09/2010. Disponible en web:

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/Patient/page2>

¹⁴ Sociedad de Lucha contra el Cáncer Ecuador. Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo. Descripción general de SOLCA. Ecuador. Citado el 15/09/2010. Disponible en web: <http://www.solca.med.ec/htm/Descripcion.html>

La sección de Cirugía trabaja con las diferentes especialidades oncológicas. Posee una unidad de Diagnóstico, la cual cuenta con un Área Diagnóstico y un Área Experimental en las que participan profesionales que proporcionan diversos servicios.

Hospitalización cuenta con lo necesario para atender a pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería, así como también lo hace el área de pediatría.¹⁵

La labor Psicosocial brindada por el Instituto al paciente está a cargo de las áreas de Psicología, Trabajo Social, Voluntariado y FASEC. El impacto de la enfermedad de cáncer puede producir en el paciente y su familia efectos psicológicos, sociales, económicos, culturales. Por todo esto, SOLCA – Cuenca, brinda apoyo psicológico a cargo de profesionales en la Psicología Clínica, los mismos que dan soporte desde que el paciente es admitido en el Instituto, en adelante. Una vez que conoce el diagnóstico y que ha sido informado por el médico tanto al paciente como a su familia, el psicólogo los acoge para conocer dudas y preocupaciones, para realizar acompañamiento terapéutico e intervención en crisis, pretendiendo así que en ambas partes se dé una adaptación a las demandas de la enfermedad.

Trabajo social aborda los factores que inciden en la problemática social de los usuarios a nivel individual, familiar y comunitario. La labor social y humanitaria se da gracias al grupo de damas voluntarias, quienes también comparten tiempo con los enfermos de cáncer.

¹⁵ Sociedad de Lucha contra el Cáncer Cuenca – Ecuador. Labor Asistencial. Ecuador. Citado el 15/09/2010. Disponible en web: http://www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/asistencial.htm

La Fundación al servicio del enfermo de cáncer, "Lola Farfán de Palacios", FASEC, mantiene sus fines humanitarios y de servicio social para la atención de enfermos terminales de cáncer y de aquellos pacientes procedentes de lugares fuera de la ciudad que vienen a recibir tratamiento ambulatorio, y pacientes con problemas para acceder a una atención adecuada durante su enfermedad o que requieran de un acompañamiento durante sus etapas de la enfermedad.¹⁶

¹⁶ Sociedad de Lucha contra el Cáncer Cuenca – Ecuador. Labor Psicosocial. Ecuador. Citado el 15/09/2010. Disponible en web: http://www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/labsocial.htm

CAPÍTULO 2

“ANSIEDAD”

Introducción

La ansiedad es un sistema de alarma que se genera ante cualquier situación de peligro para la estabilidad física o psíquica de una persona. Por esta razón, es un síntoma inespecífico que se traduce como una amenaza de desequilibrio y puede encontrarse en una gran variedad de situaciones que van desde la normalidad hasta la patología.

Cuando estas situaciones de tensión y nerviosismo se mantienen durante mucho tiempo generan una mayor dificultad para resolver los problemas de forma lógica, provocando malestar y sufrimiento. Los trastornos de la ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en el estado fisiológico, en las cogniciones, en el comportamiento y en las emociones.

Existen varios enfoques que explican la ansiedad, tanto su origen como sus manifestaciones. Así como también varios autores, quienes han aportado con la creación de varios instrumentos para la evaluación de la misma.

Cabe distinguir entre la ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. Mientras que

la ansiedad rasgo es una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones).

La ansiedad es una reacción normal ante el cáncer, un paciente puede experimentar ansiedad al someterse al examen de detección, al recibir el diagnóstico, al experimentar el proceso de tratamiento y/o al anticipar una recaída. La ansiedad asociada con el cáncer puede aumentar el dolor, interferir con el sueño, causar náusea y vómito e interferir con la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su familia. Si se deja sin tratamiento, la ansiedad grave puede acortar la vida del paciente.

2.1. Definición de Ansiedad

La palabra ansiedad viene del latín “anxietas” que quiere decir congoja o aflicción. La ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano, constituye la respuesta emocional psicobiológica básica, adaptativa ante la percepción de una amenaza o peligro presente o futuro. Su finalidad es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. Es un estado de malestar psicofísico, caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente.

Los términos angustia, nerviosismo, inseguridad, aprensión, inquietud, tensión, temor o miedo, son descripciones de diferentes vivencias vinculadas a la ansiedad. En todos los mamíferos y en el ser humano hay mecanismos biológicos de

adaptación, genéticamente programados cuyo fin es brindar protección a la descendencia y a sí mismos ante posibles daños.¹⁷

La ansiedad es un concepto que se ha utilizado para designar a una emoción y a sus concomitantes conductuales que se producen ante estímulos determinados. Es una emoción que no es patológica en sí misma y sí, en cambio, necesaria para vivir; la falta de activación sería estar en una situación de coma. Lo anormal es cuando es excesiva, desajustada e incongruente a la situación estimular que la originó.¹⁸

La diferencia básica entre la ansiedad normal y patológica es que ésta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. La ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, una situación o un objeto externo, que puede llegar a resultar invalidada, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias. En otras palabras, se puede decir que la ansiedad es normal ya que está ligada al instinto de conservación de la especie, pero puede transformarse en respuesta patológica, cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral social y familiar.

Es importante diferenciar la angustia de la ansiedad, considerando que desde el punto de vista psicopatológico presentan aspectos diferentes. La angustia posee un carácter

¹⁷ Cía H., Alfredo. "Trastorno de Ansiedad Social". Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2004. Pág. 11.

¹⁸ Die Trill, Maria. "Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos, La comunicación con el enfermo y la familia". Ades Ediciones. Madrid, España. 2000. Págs. 177 - 178.

más somático (opresión cardíaca y abdominal, sobrecogimiento); mientras que la ansiedad se manifiesta como más fluida y espiritual, presentando síntomas respiratorios predominantes como falta de aire, ahogos, sobresaltos. Además, la angustia se experimenta como una amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo, sin saber a qué atenerse. Por otro lado, la ansiedad se vivencia más bien como una posibilidad de que puede ocurrir “cualquier cosa”, como incertidumbre e inseguridad.¹⁹

2.2. Síntomas

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

Según Lang, en su teoría tridimensional de la ansiedad, explica que ésta no es un fenómeno sintomatológicamente unitario, sino implica tres niveles o sistemas de respuestas:

- A Nivel Cognitivo: experiencia interna de la ansiedad, percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y los estados relacionados con la ansiedad, caracterizado por:
 - Preocupación.
 - Inseguridad.
 - Miedo o temor.
 - Sentimientos de aprensión.

¹⁹ Cía H., Alfredo. “La Ansiedad y sus Trastornos”. Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2002. Págs. 31 - 34.

- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza).
 - Dificultad de atención, para concentrarse y para tomar decisiones.
 - Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.
 - Sensación de pérdida de la memoria.
- A Nivel Fisiológico: mediado por la activación del Sistema Nervioso Autónomo. Probablemente es el nivel más notable y que más molesta, pueden existir diversas respuestas:
- Cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido tensión arterial elevada, accesos de calor.
 - Respiratorias: sensación de sofoco, ahogo, respiración, rápida y superficial, opresión torácica.
 - Gastrointestinales: náuseas, diarrea, vómitos, aerofagia, molestias digestivas, anorexia.
 - Neuromusculares: tensión muscular, temblores, cefaleas, hormigueo, fatigabilidad.
 - Neurovegetativas: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos, lipotimia.
- A Nivel Comportamental: la persona por lo general evita o escapa de las situaciones que le producen malestar, pueden ocurrir las siguientes conductas:
- Conductas de escape.
 - Conductas de evitación.

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos repetitivos.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Dificultades de expresión verbal.
- Impulsividad (hacer sonar los nudillos, comerse las uñas, morderse los labios).²⁰

Los canales de respuesta no tienen que estar sincronizados, a menudo no correlacionan entre sí. Lang sugiere que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la esfera cognitiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la comportamental; mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe variabilidad interindividual en la reacción.²¹

2.3.Diversos Enfoques o Corrientes

2.3.1. Enfoque Psicofisiológico

La aproximación psicofisiológica al estudio de la ansiedad tiene importantes raíces históricas. Tanto el estructuralismo (Wundt) como el funcionalismo (William James) se interesaron por el estudio de las respuestas corporales, en particular por las respuestas fisiológicas periféricas, relacionándolas directamente con los procesos afectivos y emocionales.

²⁰ Die Trill, Maria. "Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos, La comunicación con el enfermo y la familia". Ades Ediciones. Madrid, España. 2000. Págs. 179 - 180.

²¹ Sierra, J. C. Ortega y Zubeidat. "Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar". Revista Mal-estar E Subjetividade / Fortaleza / V. Iii / N. 1 / P. 10 – 59 / Mar. 2003./ Fortaleza / V. Iii / N. 1 / P. 10 – 59 / Mar. 2003. Citada el 24/10/2010. Disponible en web: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27130102>

Cada pensamiento, emoción y conducta que los seres humanos presentan se asocia con algún aspecto del funcionamiento biológico. Cada vez que un individuo piensa, siente o actúa, existe actividad en su sistema nervioso central.

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, como resultado de estímulos externos o de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endócrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.²²

2.3.2. Enfoque Psicoanalítico

Freud concibió la ansiedad como consecuencia de los conflictos intrapsíquicos de carácter generalmente inconsciente. La ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica.²³

2.3.3. Enfoque Cognitivo – Conductual

En Psicología, ha sido este modelo el que ha estudiado la respuesta de ansiedad de una manera más objetiva frente a su tratamiento. Se ha analizado a través de un triple sistema de respuestas que suelen reaccionar de forma inmediata:

²² Revista Electrónica PsicologíaCientífica.com. “Estudio sobre Ansiedad”. Citado el 26/10/2010. Disponible en web: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

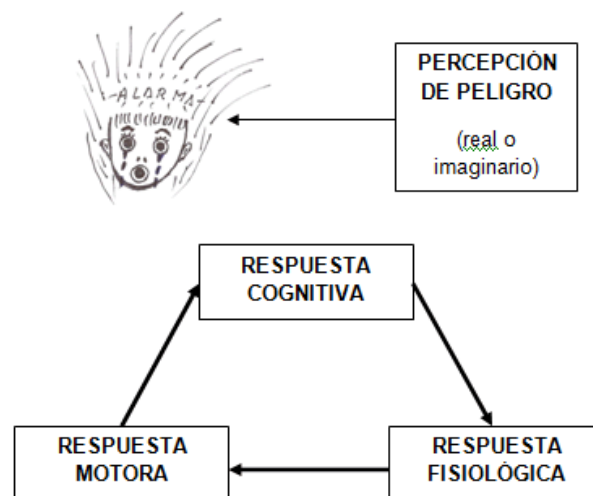
²³ Papalia, Diane E. y Wendkos. “Psicología”. Editorial McGraw-Hill. México. 1997. Pág. 369.

- Respuestas cognitivas o subjetivas: pensamientos, ideas, imágenes.
- Respuestas fisiológicas: derivadas de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y que afectan a sistemas corporales múltiples.
- Respuestas motoras: son observables y consecuentes a los otros dos tipos de respuesta.

Por lo tanto, la ansiedad es un resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir que el individuo etiqueta mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados.

Figura 2.1

Teoría Tridimensional de la Ansiedad



2.3.4. Enfoque Existencial

El existencialismo resalta el potencial humano para el libre albedrío, así como las limitaciones humanas y las dimensiones problemáticas y trágicas de la existencia; es decir, la creencia de que todas las personas están, finalmente, solas en sus experiencias y se enfrentan a la inevitable ansiedad e incertidumbre, provenientes

del reconocimiento de la muerte. Las teorías existenciales destacan dos lados contrastantes característicos del libre albedrío: el sentido positivo de la autodeterminación que se acompaña de la ansiedad existencial, la cual es inevitable al efectuar elecciones importantes, en especial de las que depende nuestra existencia, tal como elegir una pareja, seleccionar una carrera o incluso decidir entre vivir o morir.

Entre las fuentes de ansiedad descritas por el teólogo Paul Tillich (1952) se encuentra la conciencia del individuo de que un día morirá, de su indefensión contra las circunstancias del azar que pueden cambiar su manera permanente, de la necesidad de tomar decisiones, actuar y vivir con las consecuencias de esas decisiones y acciones, y de que debe darse significado y propósito a su vida.

El existencialismo hizo profundos análisis filosóficos acerca de la denominada angustia existencial, que tiene su origen en el conflicto existencial del hombre frente a su ubicación en el mundo y a su finitud.²⁴

S. Kierkegaard, precursor del existencialismo, describe los problemas del significado de la vida, de la muerte y la ansiedad existencial. La ansiedad se trata de la experiencia que el hombre valora como una amenaza inminente, el mismo que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e identifica esto con su existencia como Yo. Es una reacción de desconfianza ante el futuro, en especial en los aspectos más esenciales de la vida: comida, salud, abrigo. El origen de la ansiedad está en la amenaza a sus valores, ya sean a la vida física, a la psicológica o a algún otro valor como el amor.

²⁴ Compas, Bruce E. y Gotlib. "Introducción a la Psicología Clínica". Editorial McGraw-Hill. México. 2003. Págs. 344 – 345.

En la ansiedad existencial generalmente no hay un hecho traumático que la precede, es más bien el hecho de que el individuo se hace preguntas a sí mismo como por ejemplo: quién soy, qué hago en este mundo, para qué sirvo, qué he hecho de mi vida, a dónde voy, etc. Es decir está enfrentándose con el significado de su existencia, lo cual es muy serio si se encuentra vacío de significados y respuestas a lo anterior.

En síntesis, la ansiedad existencial es la amenaza de muerte o pérdida de la modalidad autorreflexiva de ser en el mundo.

2.3.5. Ansiedad estado vs. Ansiedad rasgo

Es importante determinar cuándo la ansiedad es simplemente un estado emocional o cuándo es un rasgo relativamente estable de la personalidad; esto nos conduce a distinguir entre la ansiedad estado (A-E) y la ansiedad rasgo (A-R).

Spielberger señala que un estado ansioso se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, mientras que el rasgo ansioso es definido como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa. La tendencia a la ansiedad está fuertemente relacionada con el llamado neuroticismo de Eysenck. Según este último, los neuróticos se caracterizan por presentar una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas muy lentas de habituación a los estímulos.

Spielberger, Pollance y col. (1984) afirman que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes y que además tienden a ver el mundo de esta manera, experimentando reacciones de ansiedad estado más fuertemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren una tendencia ansiosa. Por lo tanto, la ansiedad estado se considera un curso emocional identificado como un proceso multicompuesto que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa.²⁵

La A-R señala una propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su A-E. La A-R posee características o disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación.

En general, los sujetos con mayor A-R presentarán un mayor A-E, que los sujetos con menor A-R, porque los sujetos con mayor A-R ven muchas más situaciones amenazadoras. Por lo tanto, quienes tienen un mayor A-R son más propensos a responder con un aumento de A-E en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima (por ejemplo, enfrentarse a una tarea difícil o novedosa). Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en A-R muestren ciertas diferencias en A-E, depende del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa o amenazadora, y esto está muy influido por las particulares experiencias pasadas.²⁶

²⁵ Cía, Alfredo H. "La Ansiedad y sus Trastornos". Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2002. Págs. 46 – 48.

²⁶ Spielberger y otros. "STAI Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Manual". Tea Ediciones. 4ta edición, revisada. Madrid. 1997. Págs. 7 – 8.

2.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Los criterios de diagnóstico para los trastornos mentales que hoy en día se usan son el DSM-IV-TR y la CIE-10. El primero, es el que ha alcanzado un uso más frecuente y ha sido desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana. Por otra parte, el manual CIE-10 ha sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud.

La ansiedad está presente en muchos desórdenes mentales, pero sin duda los que se dan con mayor frecuencia y en los que la ansiedad tiene un papel fundamental son los llamados "trastornos de ansiedad".

La clasificación de los trastornos de la ansiedad según el DSM-IV-TR es la siguiente:

- Crisis de angustia: es la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos.
- Agorafobia: aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde no se puede recibir ayuda.
- Trastorno de angustia sin agorafobia: son las crisis de angustia inesperadas recidivantes. No presenta agorafobia.
- Trastorno de angustia con agorafobia: presenta crisis de angustia inesperadas recidivantes. Hay la presencia de agorafobia.

- Fobia específica: se da un temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
- Fobia social: se presenta un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.
- Trastorno obsesivo compulsivo: se da la presencia de obsesiones (impulsos, pensamientos o imágenes recurrentes y persistentes) y compulsiones se (comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión).
- Trastorno por estrés postraumático: para que se produzca esto, la persona debe haber experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, respondiendo con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Este acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente.
- Trastorno por estrés agudo: la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

- Trastorno de ansiedad generalizada: es la ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses.
- Trastorno de ansiedad debido a condición médica: la ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan un cuadro clínico de origen médico.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: la ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico y los síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
- Trastorno de ansiedad no especificado: incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no cumplen los criterios diagnósticos de ningún trastorno relacionado con la ansiedad.²⁷

2.5. Evaluación de la Ansiedad

En la evaluación de la ansiedad se debe tomar en cuenta dos momentos en el proceso para un diagnóstico y evaluación. El primero pretende lograr una orientación diagnóstica mediante las entrevistas estructuradas y el segundo valorar la gravedad y la evolución del cuadro a través de las escalas de evaluación.

²⁷ American Psychiatric Association. "DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Texto revisado". Editorial Masson. Barcelona. 2002. Págs. 197 – 216.

Existen escalas que miden la severidad de los síntomas para determinados trastornos de ansiedad y otras para la ansiedad en general, entre estos últimos, tenemos a continuación aquellos de uso más común por los profesionales en la salud mental:

- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS): examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos.
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad.²⁸
- Cuestionario de Screening de Ansiedad: fue desarrollado por Wittchen y cols. con el objeto de detectar trastornos de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad.
- Inventario de Ansiedad de Beck: fue desarrollado por Beck, con el objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

La evaluación de la ansiedad en pacientes oncológicos se basa en instrumentos fundados en investigaciones en el campo de la oncología.

²⁸ Sánchez Pérez y López Cárdenas. "Escalas diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en Atención primaria para Depresión y ansiedad". Salud Mental, Atención Primaria. Salud Global. 2005, núm. 3, año V. Págs. 2-8.

- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): la escala de depresión en el hospital, desarrolla por Zigmond y Snaith, mide el malestar personal ocasionado durante el contacto con el hospital y los servicios médicos.
- POMS (Profile of Mood States): el perfil de estado de ánimo es un autoinforme diseñado por Lorr y McNair que consta de 6 subescalas: ansiedad, depresión, hostilidad, activación, cansancio y desorientación.
- BSI (Brief Symptom Inventory): el cuestionario breve de síntomas de Derogatis y Melisaratos mide 9 subescalas: ansiedad, depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesividad, hostilidad, ansiedad fóbica o evitativa, paranooidismo y psicotiscismo.
- STAI: State-Trait Anxiety Inventory: el cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo es diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad. Consta de 40 ítems, el cual se subdivide en 20 para la subescala Ansiedad Estado Transitorio (A-E) y 20 afirmaciones para la Ansiedad Rasgo (A-R).

2.6. Prevención de la ansiedad

Para conseguir prevenir o reducir la ansiedad y el estrés se debe incidir sobre varios factores ya que depende de múltiples agentes, tanto situacionales como personales.

Aquí algunas de las variables en las que se puede incidir:

- La dieta: comer sano, utilizar correctamente el tiempo de comer, disfrutar de la comida, no abusar del alcohol.

- Descanso: dormir lo suficiente, tomar vacaciones y aprovechar los fines de semana para tiempo de ocio y descanso, mejorar relaciones sociales en el trabajo, realizar el trabajo en su lugar.
- Ejercicio físico: práctica de deporte o ejercicio físico, caminar todos los días al menos 30 minutos, realizar actividades al aire libre.
- Organización: organizar el tiempo y actividades, poner horarios, puntualidad, saber seleccionar actividades cuando no se puede abarcar todas.
- Solución de problemas y toma de decisiones: resolver los problemas en su tiempo, afrontarlos decidiendo qué es lo mejor. Tomar decisiones de la forma adecuada: planteamiento del problema, análisis de alternativas, elección de la menos mala. No pasar varias veces por un análisis del problema o las alternativas, esto producirá ansiedad.
- Interpretación de situaciones y problemas: no prever consecuencias negativas ante problemas o situaciones, si la persona se encuentra nerviosa, tener presente que es algo natural así como otras emociones.
- Atribuciones y autoestima: reconocer logros propios de cualquier magnitud y felicitarse por eso, si se ha hecho algo mal reconocer que es por esta ocasión que se ha actuado de esa forma, analizar los errores y corregirlos, sin culparse. Quererse y tratarse bien.

- Relaciones con los demás (pareja, amigos, compañeros, familia, etc.): reforzar las conductas positivas de las personas de nuestro entorno, con aprobación, halagos, sonrisas, pequeños detalles, etc. Corregir las conductas negativas de las personas de nuestro entorno, dándoles la información a tiempo y nuestra desaprobación, pero sin disputas, sin culpas, ni otros castigos. Evitar sacar continuamente los problemas del pasado.

- Entrenamiento específico en técnicas de control de ansiedad y estrés: practicar la relajación con cierta frecuencia, leer libros de autoayuda para aprender a pensar bien, eliminando algunos pensamientos erróneos, ideas irracionales, etc. que estresan. Exponerse poco a poco a las situaciones que tememos. Aprender a decir no, cuando se sabe que es lo mejor. Practicar habilidades sociales. Si se tienen dificultades y no se sabe cómo actuar ni cómo controlar el estrés, ponerse en manos de un buen especialista.²⁹

2.7. La Ansiedad y el Cáncer

Los sucesos vitales son las experiencias que tiene el ser humano y que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del mismo, provocando que haya un ajuste sustancial en su conducta. Los eventos sociales que se le presentan al individuo requieren algún tipo de cambio en las actividades habituales de él y si será o no estresante, dependerá de los cambios que conllevan. Algunos de estos sucesos pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos ya que se salen de las experiencias normales (desastres naturales, desastres provocados por la acción humana), produciendo graves síntomas de estrés y requiriendo esfuerzos de

²⁹ Vindel Cano, Antonio. "Normas Básicas Para La Prevención De Problemas De Ansiedad Y Estrés". Sociedad Española para la Prevención de la Ansiedad y el Estrés. España 2002. Citado el: 7/11/2010. Disponible en web: <http://www.ucm.es/info/seas/ta/preven/>

adaptación muy costosos desde el punto de vista psicológico y físico. Por otra parte algunos de los eventos que plantean retos y cambios en el transcurso de la vida de la persona son: matrimonio, divorcio, enfermedad, pérdida de empleo, entre otros.

Cuando a un paciente se le diagnostica cáncer, se pone en marcha una serie de percepciones negativas y se desarrolla toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, deformidad, incapacidad, interrupción biográfica; en definitiva, de miedos.³⁰

La relación entre ansiedad, miedo y tristeza constituye una manifestación universal ante el diagnóstico de cáncer o de recidiva. A lo largo de los tratamientos oncológicos, de los seguimientos e incluso de la historia de vida posterior, cuando el enfermo está libre de enfermedad o curado, ansiedad y cáncer aparecen estrechamente encadenados en casi todas las personas.

2.7.1. Manifestaciones Clínicas de Ansiedad en Oncología

Existe un rango variado de manifestaciones de ansiedad en pacientes oncológicos que no reúnen criterios para el diagnóstico del trastorno mental de acuerdo al Manual DSM-IV, pero que acuden a intervención psico-oncológica, ya sea durante los tratamientos médicos o el periodo de revisiones y seguimiento:

2.7.1.1. La experiencia de ansiedad y su expresión

La experiencia de sentirse enfermo y amenazado; la larga trayectoria desde las pruebas diagnósticas hasta el final de los tratamientos oncológicos; el malestar y la

³⁰ Nieto Mnunuera, Joaquín, et al. "Psicología para Ciencias de la Salud". Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. 2004. Págs. 182 – 224.

incomodidad provocados por los efectos secundarios de éstos; las consecuencias tóxico-metabólicas tanto de la enfermedad como de los tratamientos; la afectación del rendimiento neuropsicológico, emocional, endócrino, hepático, etc.; así como factores personales (estados crónicos previos de ansiedad, personalidad premórbida y experiencias anteriores con la enfermedad y el sufrimiento), factores familiares y sociales, son los responsables, cada uno, en diferente medida de la proporción tan alta que la ansiedad como síntoma tiene en el enfermo oncológico.

La ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación por el miedo y la aprensión que el cáncer supone para muchos enfermos, se la considera patológica. Otras manifestaciones clínicas como irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, la dificultad para mantener la atención concentrada, la evasión recurrente del peligro o incluso de la muerte ante situaciones cotidianas y neutras, la aprensión duradera, la afectación del rendimiento intelectual, perceptivo y/o motor, etc., la inquietud, el estado incontrolado de preocupación y alerta, constituyen todas experiencias psicológicas de la ansiedad patológica.

Hoy en día, términos como angustia, miedo, estrés, inquietud, preocupación, desasosiego y confusión, persecución, acorralamiento u hostigamiento, temor y hasta desesperación, son empleados por los pacientes y sus familiares para designar la ansiedad asociada al cáncer.

2.7.1.2. La ansiedad ante la enfermedad y los tratamientos

La experiencia silenciosa y dramática expresada por pacientes que tienen que estar durante años con biopsias de malformaciones, después de recibir el diagnóstico, alude al temor de ser rebanado, ser cortado a trocitos, ser destruido en definitiva, esto implica un sufrimiento que se describe con el término ansiedad.

Los pacientes que requieren extracción quirúrgica y posterior reconstrucción y en muchas ocasiones la amputación, se enfrentan a la indicación sin soporte emocional ni psicoeducativo previo ni posterior, cambian su estilo de vida y sus relaciones así como su imagen corporal, la movilidad, el equilibrio; y todo este proceso está cargado de miedo, angustia, desaliento por la medicina y dudas destructivas sobre el comportamiento y el afecto futuro de las personas significativas hacia ellos. Los tumores que tienen que ver con la síntesis hormonal están entre los más relacionados con la generación de alteraciones afectivas y ansiedad.

En cuanto a los tratamientos, las preocupaciones y el temor durante los mismos, acompañan en todos y en cada uno de ellos. La pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional generada por los citostáticos (medicamento que impide o retarda la división celular), así como la mucositis (reacción inflamatoria de la mucosa que recubre todo el sistema digestivo, desde la boca hasta el ano), las náuseas, anorexia y vómitos, desencadenan en pacientes de diferentes edades. Mientras duran estas condiciones, surge el temor y la fantasía de volver a recuperar el vigor o la fortaleza física y de conducir a la muerte directamente.

Estas fantasías que en ocasiones se confunden con creencias arraigadas, las tienen también algunos pacientes sometidos a radioterapia, cuando empiezan a sentir que sus esfuerzos por sobreponerse a la fatiga y el cansancio son inútiles, así como cuando las alteraciones de la piel derivadas del tratamiento ocasionan heridas relevantes y curas delicadas que muchas veces requieren de la dependencia de algún familiar para las mismas.

Los efectos secundarios emocionales relacionados con la terapia hormonal vienen dados por múltiples síntomas tales como la alteración del estado de ánimo y la libido, el aumento de peso, la retención de agua o sal, el sangrado vaginal, las cefaleas, las erupciones cutáneas, los sofocos y el desasosiego a los que se dedica escasa atención, a pesar del malestar que provocan y la percepción desagradable de la incontrolabilidad que generan.

Especialmente en adultas jóvenes, el cambio en su identidad o autoconcepto y en su imagen física ocasionado por estos efectos secundarios, alcanza consecuencias imprevistas en otras áreas vitales más allá de la salud (pareja, sexualidad, ocio y tiempo libre) debido a la constante variación y no suficientemente asimilada ni manejada, en las relaciones interpersonales establecidas previamente al desarrollo de la enfermedad.

La transmisión genética de mutaciones y el aumento del riesgo de padecer la enfermedad que hereda la descendencia, constituyen una fuente de preocupación y culpa para muchos enfermos de cáncer hereditario.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad en enfermos oncológicos o con otras patologías médicas es delicado porque un mismo síntoma puede deberse tanto al trastorno emocional como al efecto directo de la enfermedad e incluso, al efecto del tratamiento oncológico; o a una interacción entre ellos.

Oncólogos, enfermeras, rehabilitadores fisioterapeutas, etc., pueden reducir mínimamente las reacciones de ansiedad si se producen en su presencia, y derivar a psico-oncología para una evaluación precisa e intervención, antes que el malestar del paciente desborde a la familia y al propio equipo sanitario.³¹

Por otro lado, la autora J. C. Holland habla de las seis “D”, de los seis miedos del paciente oncológico: Death (muerte), Dependecy (dependencia), Disfigurement (deformidad), Disability (incapacidad), Disruption (of interpersonal relationships) (alteración de las relaciones interpersonales), Discomfort (dolor).

El primer temor, muerte, aparece con la comunicación del diagnóstico, el siguiente es el temor a la dependencia de sus personas próximas, el no poderse valer por sí mismo. La preocupación por el desfiguramiento del cuerpo se da como consecuencia de la enfermedad y de los tratamientos quirúrgicos aplicados (amputaciones, efectos de la quimioterapia, etc.). El miedo a la incapacidad está relacionado con la interferencia del cáncer en las tareas frecuentes en los diferentes ámbitos de la vida del paciente. Otra preocupación es la alteración de las relaciones interpersonales del paciente. Y por último, el miedo al dolor y al sufrimiento físico. Luego la autora añadió una séptima D, desvinculación del entorno.

³¹ Die Trill, Maria. “Psico-oncología”. Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Págs. 337 - 340.

Hay una gran dificultad en diferenciar la sintomatología de los trastornos de ansiedad y la ansiedad reactiva aguda que es consecuencia del impacto psicológico que produce el diagnóstico en el paciente, ya que intervienen muchas variables como la edad, el sexo, el tipo de tumor, la localización y los tratamientos.

Matías y cols. (1995) ordenan diferentes tipos de ansiedad en pacientes oncológicos. Primero está la ansiedad reactiva o situacional, la cual se relaciona con la crisis que produce el diagnóstico de la enfermedad. Segundo está la ansiedad relacionada con la intervención médica. El tercer tipo está relacionado con un trastorno de ansiedad preexistente. Y por último, está la ansiedad relacionada con diversos aspectos del tratamiento que se da al paciente.

Casi siempre resulta difícil la diferenciación entre la sintomatología de trastornos psiquiátricos y la sintomatología de cuadros desadaptativos, por lo que se debe tener presente la diferenciación.

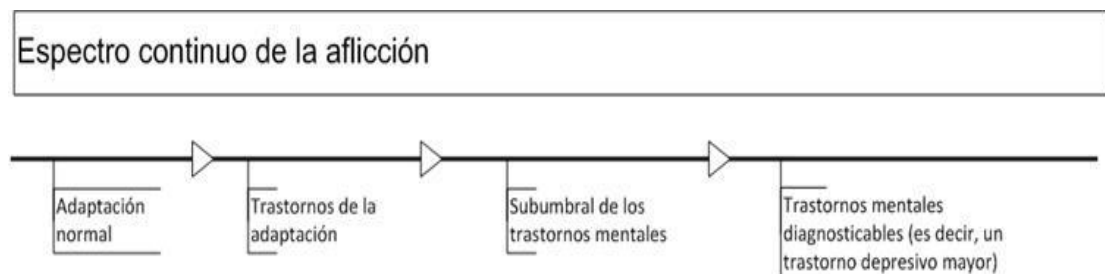
Los síntomas ansiosos en el paciente oncológico se pueden presentar así (Razavi, Delvaux y De Brier, 1996):

- Crisis con lágrimas.
- Ansiedad difusa, temor y miedo.
- Dudas sobre la eficacia de los cuidados y los cuidadores.
- Sentimiento de pérdida de control.
- Hipervigilancia y estado de alerta permanente.
- Nerviosismo, premonición de peligro inminente.

- Actividades compulsivas.
- Agresividad pasajera.
- Dificultad para reintegrarse a la vida activa.
- Falta o exceso de atención a su apariencia corporal.
- Ansiedad aparente.³²

Figura 2.2

Adaptación al Cáncer: ansiedad y sufrimiento



El espectro continuo de la aflicción: la aflicción psicosocial se presenta en un continuo que varía desde asuntos relacionados con la adaptación normal hasta síndromes que llenan todos los requisitos del criterio diagnóstico de enfermedad mental.

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer

³² Nieto Munuera, Joaquín. et al. "Psicología para Ciencias de la Salud". Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. 2004. Págs. 246 – 254.

CAPÍTULO 3

“LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN”

Introducción

La relajación es un conjunto de ejercicios fáciles de aprender, que enseñan a combatir los efectos del estrés y a restablecer el equilibrio entre la mente y el cuerpo, para disfrutar de una vida saludable y feliz.

Las técnicas de relajación son herramientas muy demandadas en la sociedad actual, donde el estrés es una fuente de malestar psicológico para gran parte de la población. La práctica de la relajación es ampliamente utilizada, tanto como un tratamiento en sí mismo, o como medio complementario de otros tipos de técnicas de intervención.

Existen diversas técnicas, todas ellas orientadas a un estado de tranquilidad física y emocional. Nos enfocaremos en la Relajación Progresiva Muscular, fundada por Jacobson, la misma que consiste en la percepción de sensaciones de contracción y relajación, la cual se va extendiendo progresivamente a todo el cuerpo hasta alcanzar la relajación total.

En el campo de la Psico-Oncología, las técnicas de relajación constituyen una de las principales modalidades terapéuticas dentro de la psicoterapia, debida a la significación que esta afección tiene para el paciente y el uso de la relajación como una respuesta a la demanda de la atención de apoyo que éstos necesitan. Es una técnica muy útil para muchos pacientes, quienes deben enfrentar varias situaciones que comprometen mucha carga emocional.

3.1. Bases teóricas de las Técnicas de Relajación

El comienzo de la relajación se lo ubica en las diferentes religiones que se han venido desarrollando a través de los tiempos. A continuación se nombrarán aquellas que han dejado huella, con el fin de comprender con mayor profundidad los fines perseguidos de la relajación.

- **El Antiguo Egipto:** Miles de años antes de Cristo, la civilización egipcia comenzó a rendir culto a su propio cuerpo, humanizando a todos sus dioses. Sus ritos se fundamentaban en lo que hoy en día consideraríamos ejercicios de relajación dinámica, comenzando con bailes y expresiones del cuerpo, para terminar extenuados en una relajación profunda seguida del sueño, siendo los sacerdotes los que incitaban a tales rituales. Más tarde, las prácticas religiosas sufrieron ciertos cambios, y se comenzó a utilizar la meditación y el canto de himnos, como aspecto benefactor de acercamiento a su dios.

- **India:** En la antigua religión india, se inducía a la relajación mediante el acto de beber alcohol hasta embriagarse. Siglos más tarde, se cambió por ofrendas florales y la meditación comenzó a ser utilizada. Pero el hecho más importante, fue cuando Buda reveló el descubrimiento de la supresión del deseo como medio de alcanzar la felicidad. Así, introdujo técnicas de anti-sufrimiento mediante la relajación y prácticas de yoga.

- **China:** Confucio es otro personaje que tiene la misma relevancia que Buda. Él atribuye a la música un papel primordial, pues une en el plano de la sensibilidad a individuos que son físicamente distintos y dispares. De aquí la importancia que tiene la música para la relajación en nuestros días.

- **Japón:** Para los occidentales, tanto la doctrina zen como el yoga son técnicas de carácter poco religioso, que tienen por objeto hacer alcanzar un desprendimiento espiritual. La característica más importante del zen es el hecho de ser una combinación de las dos anteriormente citadas, por cuanto se refiere a la meditación inmóvil y al recitado de textos mágicos y, aunque se basa en el budismo, no tiene doctrina fija.

- **Siglos XIX y XX:** A comienzos del pasado siglo, el médico británico James Braid, asentó las bases del hipnotismo, descubriendo que, al fijar la mirada en un objeto brillante, mediante una profunda concentración, el sujeto perdía su voluntad.

Avanzando un poco el siglo, Jean Martin Charcot, se convirtió en el padre de la neurología y la psiquiatría moderna. Entre sus más destacados estudios figura uno acerca de la hipnosis, en la cual distingue tres fases en la producción del sueño hipnótico: la letargia, provocada por la fijación de la mirada o la oclusión de los párpados, con ligera compresión de los globos oculares; la catalepsia, provocada por la proyección súbita de una luz viva o por la producción de un ruido intenso e inesperado; y por último, el sonambulismo. Freud intentó, sin mucho éxito, hipnotizar a sus pacientes por el procedimiento descrito por Charcot, y descubrió el método de asociación de ideas al someterlos a prácticas de relajación, que no llegaban al sueño hipnótico.

El psiquiatra Johannes H. Schultz, descubrió que se puede crear un estado muy parecido al trance hipnótico, solamente pensando en la sensación de pesadez y calor a nivel de las extremidades. Básicamente, lo único que hay que hacer es relajarse, no distraerse, ponerse cómodo y concentrarse pasivamente en órdenes verbales que sugieran calor y pesadez en los miembros.

Antes de que esto ocurriera, en el año 1929, Edmund Jacobson publicó un libro en el que se marcaban las pautas para conseguir una completa relajación, basada en la reducción de la tensión de las diferentes partes del organismo.³³

³³ Ramírez Cabañas, J.F.J. "Curso de Relajación Progresiva para Niños y Adultos". Editorial CEPE, S. L. Madrid, España. 2002. Páginas 17 – 24.

3.2. Objetivos de las Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación forman parte importante de otros procedimientos terapéuticos. De un modo general, su interés está en que los estados alcanzados por medio de la relajación son incompatibles con la ansiedad y sus estados asociados.

Por lo tanto, el objetivo fundamental consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo; los niveles de adrenalina se reducen, así como también el estrés sobre el sistema cardiovascular, lo que a su vez, produce un descenso de la presión arterial. Así mismo, se respira más lentamente y de forma más controlada, los músculos se destensan y los procesos digestivos mejoran, el sistema inmunológico se activa y nos hace menos propensos a las enfermedades.

Estos estados de baja activación se logran como consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de conductas emocionales, comportamentales e intelectuales, tales como:

- Aumento del nivel de conciencia del cuerpo, de sus partes y sensaciones.
- Búsqueda del equilibrio psico-físico como respuesta ante el estrés.
- Mayor capacidad de aprendizaje y memoria.
- Procurar la recuperación del cuerpo, como unidad psicofísica, después de cualquier esfuerzo. Descanso más profundo.
- Más resistencia frente a las enfermedades.
- Agilizar la recuperación después de lesiones o de enfermedad.
- Facilitar la concentración mental.

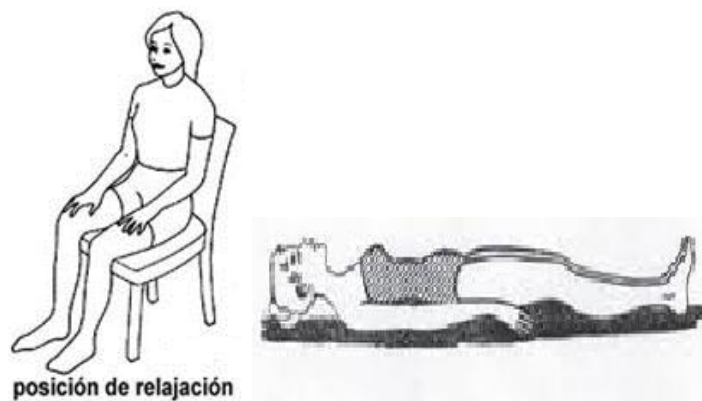
- Aumento del nivel de energía, vitalidad.
- Mejorar el autoconcepto.
- Predominio de los pensamientos positivos.
- Resistencia frente a hábitos erróneos: fumar, alcohol, comidas excesivas, etc.

Las técnicas de relajamiento muscular presentan ciertas similitudes en sus generalidades y condiciones previas a su empleo. Estas son las siguientes:

- **La Postura:** La postura empleada para el entrenamiento debe evitar factores mecánicos de tensión, facilitando estados pasivos del sujeto. Esta puede ser sentada o recostada.

Figura 3.1

Postura para la Relajación



- **La Oclusión de los ojos:** Cuando el sujeto adopta la postura corporal adecuada, se le invita a cerrar los ojos para disminuir el efecto de los estímulos visuales.

- **Otros Factores:** En el relajamiento son necesarias condiciones de tranquilidad en la habitación como temperatura agradable y poca luz, con el objetivo de evitar estímulos externos que puedan perturbar la concentración del sujeto. Así mismo, se recomienda tener en cuenta la vestimenta, evitando prendas ajustadas o demasiado calurosas que interfieran una concentración correcta. Es importante no utilizar gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto u otros objetos que puedan incomodar.

3.3. Tipos de Técnicas de Relajación

Hay múltiples técnicas de relajación, entre las más utilizadas tenemos:

- **Respiración:** es una actividad automática e involuntaria, que puede controlarse de forma consciente. La respiración correcta es la clave de la relajación de la mente y del cuerpo. Cuando una persona está ansiosa respira deprisa y superficialmente, pero si se está relajado se lo hace de forma más lenta y profunda. Cuando se respira el oxígeno entra en el flujo sanguíneo y se produce la energía que el cuerpo necesita para funcionar.³⁴
- **El Entrenamiento Autógeno de Schultz:** la experiencia de Schultz le llevó a proponer que los estados de relajación profunda se podían conseguir induciendo en las personas, sensaciones de calor y pesadez observadas en el estado de hipnosis. De esa forma la distensión muscular y la dilatación

³⁴ Rose, Sara. "Guía del Antiestrés". Edicitorial Parragon. Barcelona, España. 2004. Pág. 12-13.

vascular, responsables respectivamente de las sensaciones de pesadez y calor, son la vía a la relajación.³⁵

- **La Relajación Progresiva de Jacobson:** este método fue desarrollado por Edmund Jacobson, consiste en ir relajando progresivamente los músculos. Se describirá de forma más puntualizada posteriormente.
- **Visualización:** Su percursor fue Emile Coue, quien demostró que los pensamientos pueden acabar haciéndose realidad. Es una técnica que utiliza la imaginación para lidiar con los síntomas de ansiedad y la enfermedad; además mejora la motivación y cambia las actitudes negativas. Esta técnica constituye una parte importante de muchas técnicas de relajación. Se propone aprender a usar la imaginación de forma positiva y creativa, entrenando un uso efectivo para el desarrollo del potencial humano.³⁶
- **La técnica de Alexander:** Se basa en aprender cómo se puede deshacer de las tensiones perjudiciales del cuerpo. Trabaja en el cambio de hábitos en las actividades cotidianas de la vida, enseñando el uso de la cantidad apropiada de esfuerzo para una determinada actividad, proporcionando más energía a todas las actividades y liberando tensiones innecesarias. Se observa lo que en el estilo de movimiento contribuye a dificultades o molestias recurrentes, aprendiendo a despojar hábitos nocivos, aumentando la conciencia de sí mismo y así llegar a un equilibrio.

³⁵ Martorell, José Luis. "Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos". Ediciones Pirámide. Madrid, España. 1996. Pág. 66.

³⁶ Rose, Sara. "Guía del Antiestrés". Edicitorial Parragon. Barcelona, España. 2004. Pág. 26

- **Técnica de Wolpe:** Wolpe, su representante, la denomina adiestramiento en relajación muscular profunda. Este método se deriva de la técnica propuesta por Jacobson. Pretende entrenar al sujeto en relajación como paso inicial para la desensibilización sistemática o como una forma de actuar ante casos de ansiedad.

- **Meditación:** es una forma muy efectiva de centrar la atención de la mente y conseguir relajación, calma y tranquilidad. Existen varios tipos de meditación, pero el objetivo de estos es el de calmar la mente. Su intención es dirigir la concentración de la mente para que no se distraiga y estrese, así, cuando se llega a la calma se centra la atención en el presente y no al pasado ni futuro, los cuales son fuente de estrés.³⁷

- **Técnica de Berges y M.Boune:** se relaciona con la técnica propuesta por Schultz, pero con variantes que posibiliten su aplicación a niños.

- **Técnica de Arnold Lazarus:** esta técnica consta de dos partes, la primera abarca ejercicios de tensión-relajación y la segunda un aflojamiento directo.

- **Yoga:** conjunto de disciplinas físico-mentales originales de la india, destinadas a conseguir la perfección espiritual y la unión con lo absoluto, obteniendo mayor eficacia en el dominio del cuerpo y la concentración anímica.

³⁷ Rose, Sara. "Guía del Antiestrés". Edicitorial Parragon. Barcelona, España. 2004. Pág. 23

3.4. Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson

Edmund Jacobson, médico de Chicago, define su método como una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente. Toma como punto de partida la oposición entre tensión y relajación, dando importancia a los estados de autoconcentración.

Desde un estado de relajamiento muscular parcial, luego del entrenamiento se va alcanzando el estado en diferentes grupos musculares, de manera que se llega a un “hábito de reposo” que se automatiza como actitud corporal.³⁸

Jacobson señala que los procesos psíquicos van acompañados de correlatos neuromusculares que pueden ser medidos. De este modo sugiere que, una persona completamente relajada no manifestará perturbación nerviosa, mientras que una persona tensa será más susceptible al sobresalto.

El método consiste en ir retirando la tensión de los músculos conforme al siguiente orden:

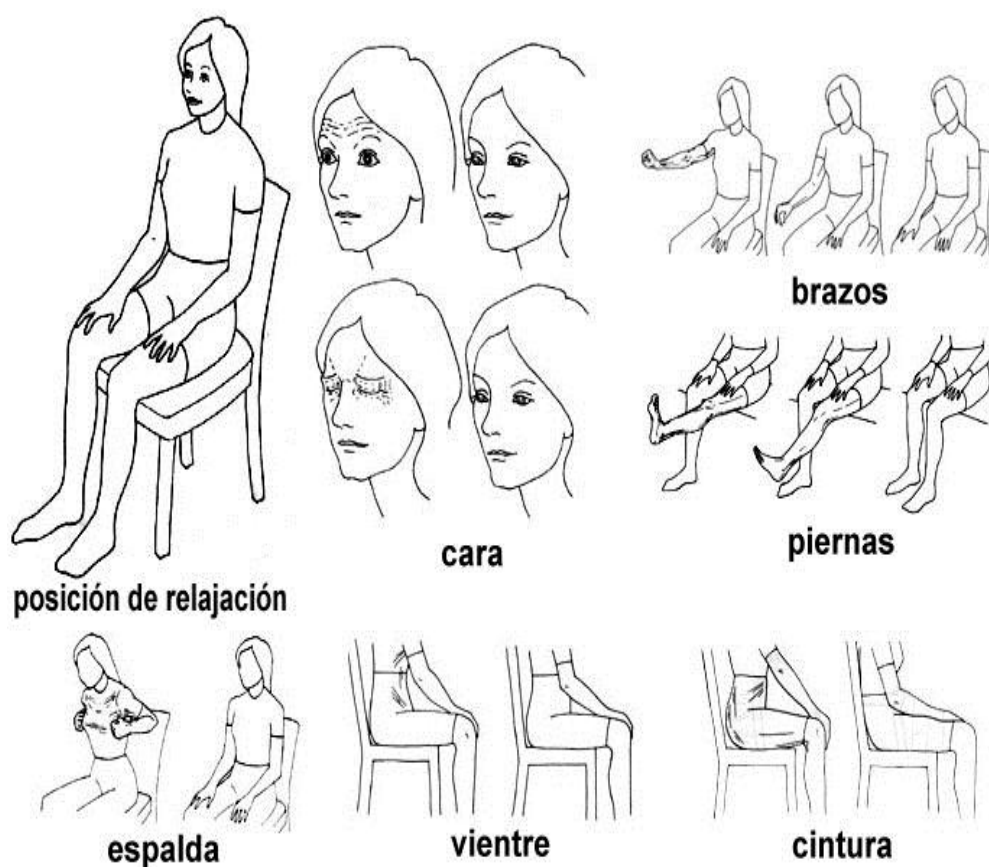
- Cara: ojos, boca, frente.
- Cuello: nuca.
- Brazos: hombros, brazo, antebrazo, muñeca, dedos.
- Piernas: pie, tobillo, gemelos, muslos, nalgas.
- Tronco: espalda, estómago y tórax.

³⁸ Balarezo Ch., Lucio A. “Psicoterapia”. Publicado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. 2003. Págs. 119 – 120.

El método de relajación de Jacobson, además de una práctica que resulta ser un excelente método para prevenir la ansiedad, ha demostrado ser un exitoso procedimiento en el tratamiento de: insomnio, tendencias depresivas, fatiga reiterada, hipertensión arterial, algunas formas de presentación moderada de fobias, disfemia y algunos dolores debidos a la tensión, como el de cervicales, espalda y jaqueca.³⁹

Figura 3.2

Ejercicios de Relajación Progresiva de Jacobson



³⁹ Ramírez Cabañas, J.F.J. "Curso de Relajación Progresiva para Niños y Adultos". Editorial CEPE, S. L. Madrid, España. 2002. Páginas 57 – 58.

3.4.1. La Técnica

Se puede iniciar proporcionando al paciente una explicación previa acerca del concepto de relajación o prescindiendo de la misma.

Manuel A. Escudero en su material auditivo de “Técnicas de Relajación y Autocontrol Emocional”, proporciona detalladamente el proceso a seguir para llegar a la Relajación Progresiva propuesta por Jacobson (Ver Anexo 1).

3.5. Utilidad de las Técnicas de Relajación en pacientes oncológicos

En los años noventa, los estudios examinados sobre el uso de las Terapias Alternativas más usadas en Oncología, reflejan el uso por parte de los pacientes adultos con cáncer de abordajes mente-cuerpo tal como la relajación. En España, la experiencia clínica indica que muchos pacientes usan terapias alternativas como estrategias complementarias a su tratamiento médico convencional; uno de los abordajes más empleados es la relajación.⁴⁰

El Instituto Nacional de la Salud en Estados Unidos define a un grupo de técnicas psicoterapéuticas, las cuales incluyen las técnicas de relajación, como “intervenciones que usan una variedad de técnicas diseñadas para facilitar la capacidad de la mente para afectar las funciones corporales y los síntomas”.

⁴⁰ Die Trill, Maria. “Psico-oncología”. Ades Ediciones. Madrid, España. 2003. Pág. 595.

En estudios en pacientes con cáncer, hay evidencias que sugieren que las técnicas de relajación pueden mejorar la calidad de vida, el humor, la capacidad de afrontamiento, mejorar síntomas inducidos por la quimioterapia o la enfermedad, como el dolor físico, náusea y vómito o diversas alteraciones funcionales.

Además, de la posibilidad de que la psicoterapia pueda extender el tiempo de supervivencia de los pacientes con cáncer, ha atraído el interés de investigadores clínicos interesados en la conexión mente-cuerpo y también entre los pacientes que buscan la mejor resolución posible de su enfermedad.

Sin olvidar la importancia del soporte emocional al paciente; el cual se asocia a una mayor supervivencia luego de un diagnóstico de cáncer de mama, colo-rectal o de pulmón.⁴¹

⁴¹ Dr. Eduardo Szwarczer. "Psicooncología: Importancia de las Técnicas Mente-Cuerpo". Citado el 02/03/2011. Disponible en sitio web: http://www.apsique.com/blog/psicooncologi_importancia_tecnicas_mente_cuerpo

CAPÍTULO 4

“DISEÑO DE INVESTIGACIÓN”

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo General

Aplicar la Técnica de Relajación Progresiva de Jakobson para el tratamiento de la Ansiedad en pacientes hospitalizados con cáncer en SOLCA-Cuenca.

4.1.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes hospitalizados en SOLCA, antes y después del proceso de relajación, mediante el Inventario de Ansiedad STAI, con el fin de comparar los resultados obtenidos.
- Aplicar técnicas de relajación en las sesiones con los pacientes oncológicos de dicha institución para reducir niveles de ansiedad.
- Enseñar a los pacientes las técnicas, para que puedan realizar una autoaplicación cuando ya no se encuentren hospitalizados.
- Describir variables demográficas de los niveles de ansiedad en relación al sexo, edad, estado civil, instrucción, procedencia, residencia y diagnóstico de cáncer.

4.2. Universo y Muestra

El universo de estudio comprendió todos los pacientes oncológicos hospitalizados en SOLCA-Cuenca, durante el periodo de noviembre de 2010 y enero de 2011. Hubo un total de 50 casos pero debido a diferentes motivos como abandono de tratamiento, traslado del paciente a la Unidad de Cuidado Intensivos UCI y a otros establecimientos de salud, así como también fallecimiento del paciente, este número se redujo a 43 pacientes.

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes oncológicos, entre 18 y 65 años de edad, hospitalizados en SOLCA-Cuenca, durante el periodo de noviembre de 2010 y enero de 2011, que recibieron su diagnóstico oncológico, y que tras la aplicación individual, obtuvieron un puntaje mayor a 20 en la escala de Ansiedad-Estado en el Inventario STAI, es decir aquellos que presentaron un nivel de ansiedad moderado (21-40) o alto (41-60). Inicialmente se trabajó con 43 pacientes, después de la aplicación del test, fueron 26 pacientes quienes obtuvieron un nivel de ansiedad-estado moderado y alto.

4.3. Variables

Las variables que intervinieron en la investigación fueron:

- Técnicas de Relajación, variable independiente.
 - Indicador: aplicación de sesiones de relajación.
- Ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados, variable dependiente.
 - Indicador: promedio del nivel de ansiedad.

4.4. Metodología y Procedimiento

Con la ayuda del departamento de psicología de SOLCA-Cuenca, se seleccionaron los pacientes oncológicos hospitalizados durante el periodo de noviembre de 2010 y enero de 2011, en edades comprendidas entre 18 y 65 años, que recibieron su diagnóstico oncológico, y que tras la aplicación individual, obtuvieron un puntaje mayor a 20 en la escala de Ansiedad-Estado en el Inventario STAI, es decir aquellos que presentaron un nivel de ansiedad moderado (21-40) o alto (41-60).

Se excluyeron pacientes ambulatorios, pacientes que presentaron psicosis y retardo mental, pacientes que iban a permanecer hospitalizados durante pocos días y quienes debido a su condición médica, no se encontraban aptos para la aplicación de las técnicas de relajación.

Inicialmente, se estableció el rapport. A cada uno de los pacientes se le informó sobre la finalidad de la investigación y sobre la intervención que tendríamos con ellos. Se les entregó un documento, el cual nos proporcionaba su consentimiento para trabajar con ellos (Ver Anexo 2).

Se continuó recolectando datos del paciente para elaborar una historia clínica mediante el FIEPs (modificado). El FIEPs es originario de la Psicoterapia Integrativa, es un instrumento básico de recolección de información que permite explorar, planificar y guiar la conducción del proceso de intervención psicoterapéutico de forma estructurada. (Ver Anexo 3).

Para la medición de los niveles de ansiedad, se aplicó, de manera individual, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (State-Trait Anxiety Inventory) de Spielgerber (Ver Anexo 4). El cuestionario permitió comparar los resultados de los niveles de ansiedad obtenidos antes de la aplicación de las técnicas de relajación y después de las mismas.

Los pacientes que tuvieron un nivel moderado de ansiedad, recibieron tres sesiones de relajación, mientras que, aquellos que presentaron un nivel alto, recibieron cinco sesiones. Quienes obtuvieron un nivel bajo de ansiedad (0-20 puntos en la escala de A-E del STAI), de igual forma pudieron experimentar una sesión de técnicas de relajación.

Todos los pacientes recibieron una adecuada información sobre el proceso que se seguiría. En la preparación psicológica se informó detalladamente sobre los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer.

En las sesiones posteriores se realizó la aplicación de la Relajación Progresiva de Jakobson, tomando en cuenta la necesidad del paciente para el número de sesiones de relajación y del número de días de hospitalización, estas fueron tres o cinco sesiones según cada caso. Finalmente, se re-evaluó la ansiedad del paciente mediante el mismo cuestionario y se realizó un cierre del proceso, reforzando las técnicas de relajación ejecutadas.

El proceso de la investigación fue el siguiente:

1. Selección de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión planteados, remitidos por el departamento de psicología.
2. Establecimiento del rapport.
3. Consentimiento informado del paciente por escrito
4. Elaboración de la Historia Clínica FIEPs.
5. Aplicación del STAI.
6. Planteamiento de los objetivos y procedimiento del número de sesiones de relajación según el caso clínico.
7. Aplicación de tres o cinco sesiones de la Técnica de Relajación Progresiva de Jakobson.
8. Re-aplicación del STAI.
9. Cierre del proceso.

Una vez recolectados los datos, estos fueron ingresados en la base de datos SPSS versión 15.0 para ser tabulados y presentados en tablas y gráficos. Además la comprobación de hipótesis se hizo a través de pruebas unilaterales, teniendo como hipótesis que la relajación disminuye la ansiedad.

CAPÍTULO 5

“APLICACIÓN Y EVALUACIÓN”

Para diagnosticar los casos clínicos de los niveles de ansiedad se utilizó como herramienta el Inventario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) de Spielgerber, el mismo que posee dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos, la ansiedad estado (A-E) y la ansiedad rasgo (A-R), estos constan de 20 afirmaciones cada uno.

El STAI es diseñado para la autoaplicación, y puede ser administrado individual y colectivamente. Su tiempo es ilimitado. En el cuestionario los sujetos responden a cada uno de los reactivos, valorándose sus respuestas en una escala de cuatro puntos. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos. El STAI comprende tres niveles de ansiedad: nivel de ansiedad bajo (0-20), nivel de ansiedad medio (21-40) y nivel de ansiedad alto (41-60).

La A-R describe cómo se siente la persona generalmente y la A-E describe cómo se siente en un momento dado. El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado “ahora mismo, en este momento”, mientras que en la ansiedad como rasgo “en general, en la mayoría de las ocasiones”. Es por eso que para esta investigación, hemos trabajado únicamente con los resultados de la A-E, siendo la A-R solo una referencia para la historia de cada paciente.

Las respuestas a los ítems en la escala de A-R pueden ser: nada (0), algo (1), bastante (2) o mucho (3). Mientras que las respuestas para la A-E pueden ser: casi nunca (0), a veces (1), a menudo (2) o siempre (3).

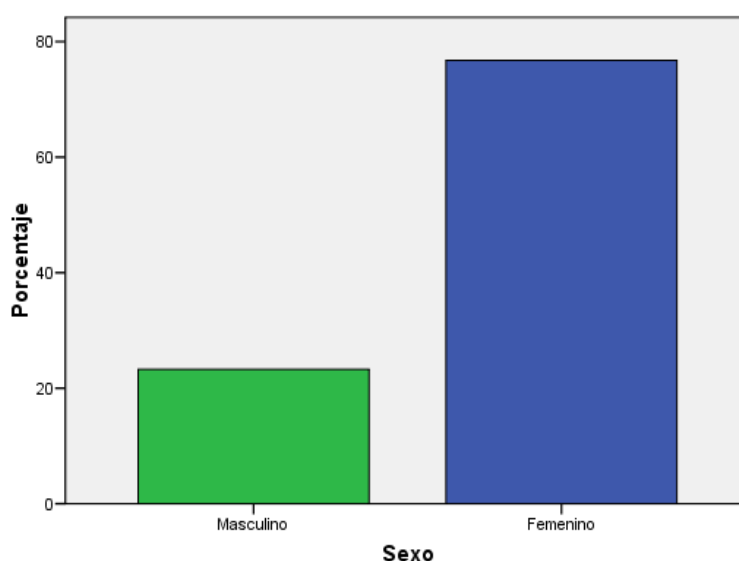
Para la calificación de la misma, se suman las respuestas de acuerdo a su valor numérico en cada escala, tomando en cuenta que en ciertos ítems la respuesta se puntúa de forma inversa, por ejemplo la respuesta “Nada” debe recibir 3 puntos.

En el estudio descriptivo se compararon los resultados de la primera aplicación del test y los resultados del re-test, utilizando como estadístico la media. Se realizó la prueba de hipótesis que señala que las técnicas de relajación, disminuyen la ansiedad en pacientes con cáncer que presentan niveles moderados y altos de ansiedad.

De todos los pacientes asignados, 33 pertenecieron al sexo femenino lo que corresponde al 76,7% y 10 al sexo masculino con el 23,3%.

Gráfico 5.1.

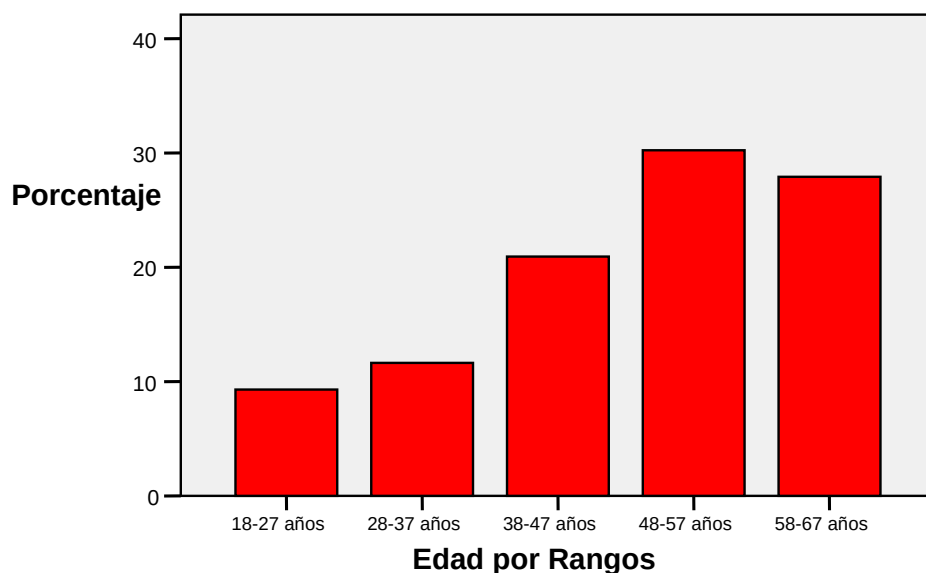
Porcentaje según el Sexo



Con relación a la frecuencia de pacientes y la edad por rangos, la mayoría de pacientes estuvieron comprendidos entre las edades de 48-57 años, lo que corresponde al 30,2%. Los pacientes comprendidos en las edades de 58-65 años corresponden al 27,9%; de 38-47 años corresponden al 20,9%; de 28-37 años corresponden al 11,6%, y finalmente, de 18-27 años corresponden al 9,3%.

Gráfico 5.2

Porcentaje según la Edad por Rangos



La mayor parte de los pacientes refirieron estar casados, formando parte del 53,5%, seguido por los pacientes solteros que corresponden al 18,6%. Las personas viudas conformaron el 9,3%, los divorciados y en unión libre representaron el 7% respectivamente y personas separadas con el 4,6%.

Cuadro 5.1

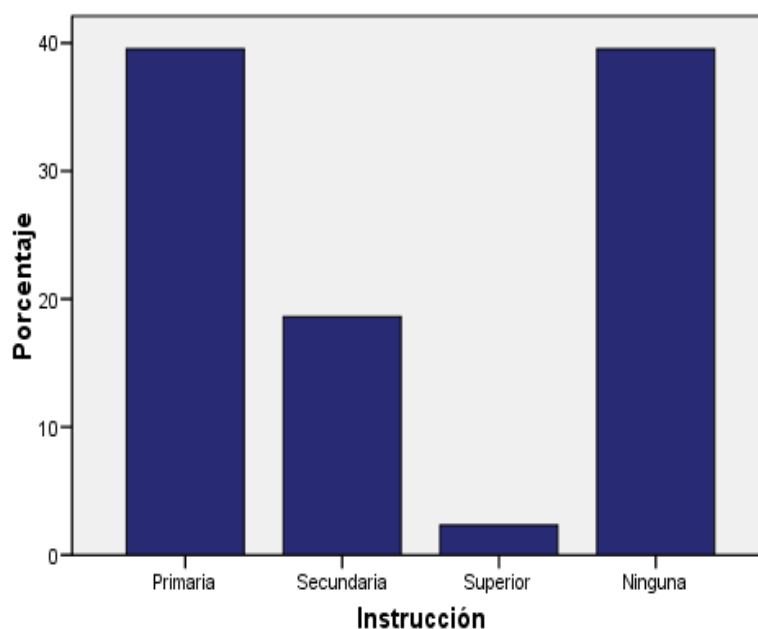
Frecuencia y Porcentaje según el Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	18,6
Casado	23	53,5
Divorciado	3	7
Unión libre	3	7
Viudo	4	9,3
Separado	2	4,6
Total	43	100

El porcentaje de los pacientes sin instrucción y con instrucción primaria representaron el 39,5% cada uno. El 18,7% representaron los pacientes con instrucción secundaria; y el 2,3% representó a los pacientes con una instrucción superior.

Gráfico 5.3

Porcentaje según el Nivel de Instrucción



En el siguiente cuadro se puede observar que 21 pacientes procedieron de la provincia del Azuay, siendo estos la mayor parte, equivalente al 48,8%. La segunda provincia con mayor número de pacientes fue Loja con el 14%, Cañar y El Oro le siguieron con el 9,3% respectivamente. Morona Santiago y Guayas con el 4,7% respectivamente. Bolívar, Zamora Chinchipe y Los Ríos con el 2,3% respectivamente, al igual que un paciente proveniente de Chile con el 2,3%.

Cuadro 5.2

Frecuencia y Porcentaje según la Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Azuay	21	48,8
Bolívar	1	2,3
Loja	6	14
Morona Santiago	2	4,7
Cañar	4	9,3
El Oro	4	9,3
Zamora Chinchipe	1	2,3
Guayas	2	4,7
Los Ríos	1	2,3
Chile	1	2,3
Total	43	100

La mayoría de pacientes residen en la provincia del Azuay, representando el 55,8% de los casos. Le sigue la provincia de El Oro con el 16,3%, Cañar con el 14%, Loja con el 7% y Morona Santiago, Zamora Chinchipe y Guayas con el 2,3% respectivamente.

Cuadro 5.3

Frecuencia y Porcentaje según la Residencia

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Azuay	24	55,8
Loja	3	7
Morona Santiago	1	2,3
Cañar	6	14
El Oro	7	16,3
Zamora Chinchipe	1	2,3
Guayas	1	2,3
Total	43	100

De acuerdo con el diagnóstico de cáncer de los pacientes en estudio, los de mayor prevalencia fueron: el cáncer de cuello uterino con el 25,6%, seguido por los cánceres de seno y colon con el 9,2% respectivamente. A continuación, en el siguiente cuadro se muestra la frecuencia y el porcentaje de los diferentes diagnósticos de cáncer que se presentaron durante la investigación.

Cuadro 5.4

Frecuencia y Porcentaje según el Diagnóstico de Cáncer

Diagnóstico de Cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Seno	4	9,2
Gástrico	2	4,7
A la base de la lengua	1	2,3
Renal	2	4,7
Mieloma Múltiple	2	4,7
Encía	1	2,3
Melanoma	1	2,3
Estómago	2	4,7
Pulmón	3	7
Leucemia	1	2,3
Próstata	1	2,3
Cuello Uterino	11	25,6
Colon	4	9,2
Ampula	1	2,3
Linfoma	2	4,7
Ovario	3	7
Tiroides	2	4,7
Total	43	100

El promedio de ansiedad estado A-E 1 fue de 26,46 con una desviación típica de 4,95; el puntaje mínimo fue de 21 y el puntaje máximo fue de 38 puntos. El promedio de ansiedad rasgo A-R fue de 24,58 con una desviación típica de 7,49; el puntaje mínimo fue de 9 y el máximo de 42 puntos. Por lo tanto, existe un incremento de 1,88 puntos en relación a la A-R. Esto indica que el nivel de ansiedad en los pacientes con cáncer aumenta al momento de experimentar eventos importantes o críticos.

Cuadro 5.5

Diagnóstico de Casos Clínicos de Ansiedad

Ansiedad	Número	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Estado 1	26	21	38	26,46	4,958
Rasgo	26	9	42	24,58	7,495

5.1. Diagnóstico de casos clínicos de ansiedad

Durante el tiempo de trabajo en SOLCA-Cuenca hubieron 43 ingresos de pacientes que recibían por primera vez su tratamiento oncológico y que cumplían tanto los criterios de inclusión como los de exclusión. De esos 43 casos, 26 fueron quienes obtuvieron un nivel moderado y alto de ansiedad. Por lo tanto, fue con ellos con quienes se realizó la investigación.

Con relación al Sexo, dentro del nivel de Ansiedad Estado 1 (A-E 1), de los 26 casos, 20 pertenecían al sexo femenino correspondiente al 76,9%, los cuales obtuvieron un nivel moderado. Fueron solo seis, quienes pertenecían al sexo masculino correspondiente al 23,1%, los cuales obtuvieron un nivel moderado al igual que las mujeres.

Cuadro 5.6

Nivel de A-E 1 según el Sexo

Sexo	Nivel de A-E 1	Porcentaje
	Moderado	
Masculino	6	23,1%
Femenino	20	76,9%
Total	26	100

De acuerdo a la Edad por Rangos de los pacientes, todos los pacientes obtuvieron un nivel de A-E 1 moderado, de los cuales, tres pacientes pertenecieron a la edad comprendida entre 18-27 años (11,5%). De igual manera hubieron tres pacientes de edad comprendida entre 28-37 años (11,5%). Seis pacientes pertenecieron a la edad entre 38-47 años (23,10%). Seis pacientes entre 48-57 años (23,10%). Por último, ocho pacientes comprendidos entre las edades de 58-67 años (30,8%).

Cuadro 5.7

Nivel de A-E 1 con relación a la Edad por Rangos

Edad por Rangos	Nivel de A-E 1	Porcentaje	Total
	Moderado		
18-27 años	3	11,5	3
28-37 años	3	11,5	3
38-47 años	6	23,1	6
48-57 años	6	23,1	6
58-65 años	8	30,8	8
Total	26	100	26

Según el Estado Civil de los pacientes, todos obtuvieron un nivel de A-E 1 moderado. La mayoría de pacientes eran casados, correspondientes al 57,7%. Los pacientes divorciados y en unión libre conformaron el 11,5%, respectivamente. Los

pacientes solteros y viudos fueron el 7,7%, respectivamente. Finalmente, los pacientes separados representaron el 3,8%.

Cuadro 5.8

Nivel de A-E 1 según el Estado Civil

Estado Civil	Nivel de A-E 1	Porcentaje
	Moderado	
Soltero	2	7,7
Casado	15	57,7
Divorciado	3	11,5
Unión Libre	3	11,5
Viudo	2	7,7
Separado	1	3,8
Total	26	100

Con relación a la Instrucción de los pacientes, todos obtuvieron un nivel de A-E 1 moderado. Los pacientes sin instrucción representaron el 50%, le siguen los pacientes con una instrucción primaria con el 30,8% y por último, los pacientes con instrucción secundaria con un 19,2%.

Cuadro 5.9

Nivel de A-E 1 según la Instrucción

Instrucción	Nivel de A-E 1	Porcentaje	Total
	Moderado		
Primaria	8	30,8	8
Secundaria	5	19,2	5
Ninguna	13	50	13
Total	26	100	26

En relación a la Procedencia con el nivel de A-E, todos los pacientes obtuvieron un nivel moderado. La mayor parte proceden del Azuay con el 42,4%; le siguen los

procedentes de la provincia de Loja con el 15,5%, y Cañar y El Oro con el 11,5%, respectivamente. A continuación en la siguiente tabla se muestra la procedencia con el número y el porcentaje de todos los pacientes con un nivel moderado de A-E 1.

En relación a la Residencia con el Nivel de A-E, todos los pacientes obtuvieron un nivel moderado. La mayor parte residen en la provincia del Azuay con el 46,3%; le siguen los residentes de las provincias de Cañar y El Oro con el 19,2%, respectivamente. A continuación en la siguiente tabla se muestra la residencia con el número y el porcentaje de todos los pacientes con un nivel moderado de A-E 1.

Cuadro 5.10

Nivel de A-E 1 según la Residencia

Residencia	Nivel de A-E 1	Porcentaje	Total
	Moderado		
Azuay	12	46,3	12
Loja	2	7,7	2
Morona Santiago	1	3,8	1
Cañar	5	19,2	5
El Oro	5	19,2	5
Zamora Chinchipe	1	3,8	1
Total	26	100	26

De acuerdo con el Diagnóstico de Cáncer y el nivel de A-E 1, todos los pacientes presentaron un nivel moderado. Los tipos de cánceres más frecuentes fueron: Cuello Uterino con el 34,7%; Seno, Colon y Pulmón con el 11,6%, respectivamente. En la siguiente tabla se describen la frecuencia y el porcentaje de los diagnósticos.

Cuadro 5.11

Nivel de A-E 1 según el Diagnóstico de Cáncer

Diagnóstico de Cáncer	Nivel A-E 1	Porcentaje	Total
	Moderado		
Seno	3	11,6	3
Gástrico	1	3,8	1
Mieloma Múltiple	2	7,7	2
Melanoma	1	3,8	1
Estómago	1	3,8	1
Pulmón	3	11,6	3
Leucemia	1	3,8	1
Cuello Uterino	9	34,7	9
Colon	3	11,6	3
Ampula	1	3,8	1
Linfoma	1	3,8	1
Total	26	100	26

5.2. Aplicación de la Técnica de Relajación

Al realizar el re-test, el promedio de Ansiedad-Estado 2 (A-E 2) fue de 14,08 con una desviación típica de 5,38. El puntaje mínimo fue de 5 puntos y el máximo de 26. Esto prueba que las técnicas de relajación disminuyen el nivel de A-E en los pacientes oncológicos hospitalizados.

Cuadro 5.12

Niveles de Ansiedad

Ansiedad	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Estado 2	5	26	14,08	5,38

De acuerdo al sexo, en el nivel de A-E 2 seis pacientes, es decir todos, correspondientes al sexo masculino (23,6%) obtuvieron un nivel bajo. De las mujeres, 17 de ellas obtuvieron un nivel bajo (65,37%) y 3 de ellas obtuvieron un nivel moderado (11,53%).

Cuadro 5.13

Nivel de A –E 2 según el Sexo

Sexo	Nivel de A-E 2		Total
	Bajo	Moderado	
Masculino	6 23,1%	0 0%	6 23,1%
Femenino	17 65,37%	3 11,53%	20 76,9%
Total	23 100%	3 100%	26 100%

De acuerdo a la edad por rangos de los pacientes, en el nivel A-E 2, tres pacientes pertenecieron a la edad comprendida entre 18-27 años, de los cuales todos obtuvieron un nivel bajo (11,5%). De igual manera, tres pacientes en las edades comprendidas entre 28-37 años obtuvieron un nivel bajo (11,5%). Seis pacientes pertenecieron a la edad entre 38-47 años, los cuales obtuvieron un nivel bajo (23,10%). Seis pacientes pertenecieron a la edad entre 48-57 años, dos obtuvieron un nivel moderado (7,7%) y cuatro un nivel bajo (15,4%). Por último, ocho pacientes pertenecieron a la edad entre 58-67 años, uno de ellos obtuvo un nivel moderado (3,85%) y siete un nivel bajo de ansiedad (26,95%).

Cuadro 5.14

Nivel de A-E 2 según la Edad por Rangos

Edad por Rangos	Nivel de A-E 2		Total
	Bajo	Moderado	
18-27 años	3 11,5%	0 0%	3 11,5%
28-37 años	3 11,5%	0 0%	3 11,5%
38-47 años	6 23,1%	0 0%	6 23,1%
48-57 años	4 15,4%	2 7,7%	6 23,1%
58-65 años	7 27%	1 3,8%	8 30,8%
Total	23 88,5%	3 11,5%	26 100%

Según el Estado Civil, los dos pacientes solteros obtuvieron un nivel de A-E 2 bajo (7,7%). De los 15 pacientes casados, 13 obtuvieron bajo (50%) y 2 obtuvieron moderado (7,7%). Los 3 pacientes divorciados obtuvieron un nivel bajo (11,5%). De los 3 pacientes con unión libre, 2 obtuvieron bajo (7,7%) y 1 obtuvo moderado (3,8%). Los 2 pacientes viudos obtuvieron bajo (7,7%). Por último, el paciente separado obtuvo un nivel bajo (3,8%).

En relación al nivel de instrucción y nivel de A-E 2, seis pacientes con instrucción primaria obtuvieron un nivel bajo de ansiedad y dos de ellos moderado. Los cinco pacientes con instrucción secundaria presentaron un nivel bajo de ansiedad. De los 13 pacientes sin instrucción, 12 de ellos obtuvieron un nivel de ansiedad bajo y 1 obtuvo un nivel moderado.

Cuadro 5.15

Nivel de A-E 2 según la Instrucción

Instrucción	Nivel de A-E 2		Total
	Bajo	Moderado	
Primaria	6 23,1%	2 7,7%	8 30,7%
Secundaria	5 19,2%	0 0%	5 19,2%
Ninguna	12 46,2%	1 3,8%	13 50%
Total	23 88,5%	3 11,5%	26 100%

De acuerdo a la Procedencia, 9 de los 11 pacientes procedentes del Azuay obtuvieron un nivel de A-E 2 bajo (34,8%) y 2 un nivel moderado (7,7%). Los 4 pacientes procedentes de Loja obtuvieron un nivel bajo (15,4%). Los 2 pacientes procedentes de Morona Santiago obtuvieron un nivel bajo (7,7%). Los 3 pacientes procedentes de Cañar obtuvieron un nivel bajo (11,5%). De los 3 pacientes procedentes de El Oro, 2 obtuvieron un nivel bajo (7,7%) y 1 un nivel moderado (3,8%). La paciente de origen chileno obtuvo un nivel bajo (3,8%). El paciente procedente de Zamora Chinchipe obtuvo un nivel bajo (3,8%). Por último, el paciente procedente de Los Ríos también obtuvo un nivel bajo (3,8%).

Según la Residencia de los pacientes, de los 12 pacientes que residen en el Azuay, 11 obtuvieron un nivel de A-E 2 bajo (42,5%) y 1 obtuvo nivel moderado (3,8%). Los 2 pacientes que residen en Loja obtuvieron un nivel bajo (7,7%). El paciente residente en Morona Santiago obtuvo un nivel bajo (3,8%). De los 5 pacientes que residen en Cañar, 4 obtuvieron un nivel bajo (15,4%) y 1 moderado (3,8%). De los 5 pacientes que residen en El Oro, 4 obtuvieron un nivel bajo (15,4%) y 1 moderado (3,8%). Por último, el paciente residente en Zamora Chinchipe obtuvo un nivel bajo (3,8%).

Finalmente, con relación al Diagnóstico de Cáncer y el nivel de A-E 2. Dentro de los tipos de cánceres más frecuentes conformaron: las 9 pacientes con cáncer de Cuello Uterino obtuvieron un nivel bajo (34,6%). Tres pacientes con cáncer de Colon y 3 de Pulmón, obtuvieron un nivel bajo, correspondiente al 11,5%, respectivamente. De las 3 pacientes con cáncer de Seno, 2 obtuvieron un nivel bajo (7,7%) y 1 obtuvo moderado (3,8%). En la siguiente tabla se describen el resto de datos con relación al diagnóstico de cáncer y el nivel de A-E 2.

Cuadro 5.16

Nivel de A-E 2 según el Diagnóstico de Cáncer

Diagnóstico de Cáncer	Nivel de A-E 2		Total
	Bajo	Moderado	
Seno	2 7,7%	1 3,8%	3 11,5%
Gástrico	1 3,8%	0 0%	3 3,8%
Mieloma Múltiple	2 7,7%	0 0%	2 7,7%
Melanoma	0 0%	1 3,8%	1 3,8%
Estómago	0 0%	1 3,8%	1 3,8%
Pulmón	3 11,5%	0 0%	3 11,5%
Leucemia	1 3,8%	0 0%	1 3,8%
Cuello Uterino	9 34,8%	0 0%	9 34,8%
Colon	3 11,5%	0 0%	3 11,5%
Ámpula	1 3,8%	0 0%	1 3,8%
Linfoma	1 3,8%	0 0%	1 3,8%
Total	23 88,5%	3 11,5%	26 100%

5.3. Análisis de los Resultados

Anteriormente se indicó que el puntaje mínimo de A-E 1 fue de 21, el máximo de 38, la media de 26,46 y la desviación típica de 4,95.

Al realizar el re-test, el promedio de Ansiedad-Estado 2 (A-E 2) fue de 14,08 con una desviación típica de 5,38, el puntaje mínimo fue de 5 puntos y el máximo de 26. La diferencia de las medias es del 12,38. Esto prueba que las técnicas de relajación disminuyen el nivel de A-E en los pacientes oncológicos hospitalizados.

Cuadro 5.17

Niveles de Ansiedad

Nivel de Ansiedad	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Estado 1	21	38	26,46	4,95
Estado 2	5	26	14,08	5,38

Los 26 pacientes en estudio obtuvieron un nivel moderado en el nivel A-E 1, de los cuales 23 disminuyeron su ansiedad-estado a un nivel bajo y 3 se mantuvieron en el estado moderado. A continuación se describe detalladamente lo que se obtuvo en el re-test (A-E 2).

Al comparar los resultados del nivel de ansiedad-estado según el Sexo, los 6 pacientes del sexo masculino obtuvieron un nivel moderado en el nivel A-E 1. Mientras que en el nivel de A-E 2 todos obtuvieron un nivel bajo. De las 20 pacientes que obtuvieron un nivel moderado en el A-E1, en el re-test, 17 de ellas disminuyeron a un nivel bajo y 3 de ellas se mantuvieron en el nivel moderado en A-E2.

Siguiendo con los resultados del nivel de ansiedad según la Edad por Rangos, de los 26 pacientes de edades comprendidas entre 18-65 años, todos obtuvieron un nivel de A-E1 moderado; a diferencia que en el nivel de A-E 2, en donde 23 de ellos disminuyeron a un nivel bajo, 2 pacientes de edad entre 48-57 años y 1 paciente de edad entre 58-65 años permanecieron en el mismo nivel moderado.

Según el nivel de ansiedad-estado y el Estado Civil, todos iniciaron con un nivel de ansiedad moderado (A-E 1). Al aplicar el re-test, 2 pacientes casadas y 1 en unión libre, mantuvieron su estado de ansiedad moderado, el resto disminuyó a bajo.

De acuerdo al nivel de ansiedad según la Instrucción de los pacientes, 2 pacientes con instrucción primaria y 1 paciente sin instrucción siguieron con un nivel de ansiedad-estado moderado, el resto disminuyó a un nivel bajo.

En relación al nivel de ansiedad-estado con la Procedencia, 2 pacientes procedentes del Azuay y 1 procedente de El Oro permanecieron en el mismo nivel moderado, los otros 23 disminuyeron a bajo.

Según el nivel de ansiedad-estado y la Residencia de los pacientes, de los 3 pacientes que no disminuyeron su nivel de ansiedad a bajo, una reside en el Azuay, otra en el Cañar y la otra en El Oro. El resto si disminuyó su ansiedad.

Finalmente, según el nivel de ansiedad-estado y el Diagnóstico de Cáncer, una paciente con cáncer de seno, una con melanoma y otra con cáncer de estómago, permanecieron con el mismo nivel moderado de ansiedad. El resto de pacientes disminuyeron al nivel bajo.

CAPÍTULO 6

“CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES”

6.1. Conclusiones

Luego de haber culminado este estudio, llegamos a varias conclusiones de acuerdo a lo que nos planteamos en los objetivos de esta investigación, los mismos que se alcanzaron con mucha satisfacción, tanto para nosotras como para los pacientes que estuvieron dentro de este trabajo.

Se pudo comprobar la hipótesis que las técnicas de relajación sí disminuyen los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados con cáncer. Esto se demostró al comparar la evaluación de los niveles de ansiedad que se hizo antes y después de las sesiones de relajación, y también al preguntar durante el cierre de las sesiones a cada paciente, qué y cómo se sintió, durante y después de la relajación, respondiendo siempre de manera positiva.

Inicialmente, el puntaje de los 26 pacientes (100%) estuvo comprendido entre 21-38 puntos, lo que corresponde a un nivel moderado dentro de la ansiedad-estado 1. Al realizar el re-test, el puntaje del nivel de ansiedad-estado 2 estuvo comprendido entre 5-26 puntos, correspondientes a los niveles moderado (88,5%) y bajo (11,5%), lo que indica la disminución de la misma.

A pesar de que al inicio se evaluó tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo, nos enfocamos únicamente en la primera ya que nuestro estudio se enfocó en la situación actual de cada paciente, es decir cómo se sintió en el momento de la evaluación. Sin embargo, los resultados de la ansiedad-rasgo los utilizamos como parte de la información del paciente.

De los 26 pacientes que iniciaron con un nivel de ansiedad-estado moderado, solo tres que pertenecieron al sexo femenino, mantuvieron el mismo nivel. Sin embargo, estas pacientes sí disminuyeron en la puntuación total. De estas tres pacientes pudimos observar que se encontraban entre las edades de 48 y 65 años, estaban casadas y una en unión libre y que tenían un nivel de instrucción bajo.

Muchos pacientes refirieron nunca haber escuchado acerca de los términos de ansiedad y relajación, pero a medida que se iba trabajando, pudieron familiarizarse con los mismos y aprendieron a identificar estos estados en su cuerpo.

Una retroalimentación positiva fue que muchos pacientes al finalizar el proceso mostraban interés y pedían más información para continuar realizando la técnica de relajación después de su hospitalización. Otro aspecto positivo fue que pacientes que se encontraban en la misma habitación, que no eran parte del estudio, se mostraban interesados en experimentar y compartir la técnica de relajación.

Por otro lado, pudimos percibir que el trabajo que realizamos fue una experiencia novedosa para la mayoría de los pacientes, ya que casi nadie lo había experimentado y tampoco había dedicado tiempo al valor del equilibrio entre mente y cuerpo.

El test que se utilizó para evaluar los niveles de ansiedad, el Inventario de Ansiedad STAI de Spielberger, nos resultó muy efectivo para la obtención de datos, sobre todo por la importancia que da al medir una ansiedad transitoria y otra permanente.

Dentro de las dificultades que encontramos, una de ellas fue que al inicio de la primera sesión de relajación, ciertos pacientes sentían incertidumbre sobre lo que iba a suceder, esto se pudo ver observar a través de la dificultad de cerrar los ojos y de concentrarse en lo que se les iba diciendo, lo cual poco a poco se fue afianzando hasta llegar a una mayor confianza, tanto en nosotras como en la técnica. Otra dificultad fue la imposibilidad de finalizar el proceso con tres pacientes que fallecieron, acudieron a terapia intensiva por su condición médica grave y por el traslado a otros centros de salud, los cuales a pesar de haber iniciado el trabajo con ellos, quedaron fuera del estudio. Otro obstáculo se dio con algunos pacientes con baja instrucción que no comprendían la consigna y el lenguaje de la técnica, por lo cual se adaptó el lenguaje para su mayor comprensión.

A pesar que la hospitalización por la enfermedad de cáncer genera una crisis para la persona que la enfrenta, podemos concluir que las técnicas de relajación permiten aliviar el sufrimiento y la ansiedad de la persona. Generando en la persona la importancia de la toma conciencia del propio cuerpo y el encuentro con uno mismo lo que provoca mayor bienestar.

6.2. Recomendaciones

La necesidad de dar mayor importancia al aspecto psicológico durante el momento de hospitalización a los pacientes, debe ser tomada en cuenta como parte de un

abordaje integral y multidisciplinario por parte de hospitales e instituciones dedicadas a la salud, debido a la importancia que existe en la relación mente y cuerpo. En nuestra sociedad este tipo de abordaje se da en una población mínima.

El Instituto SOLCA-Cuenca debería ser tomado en cuenta como modelo para otras instituciones que no dan la suficiente importancia psicológica, ocupándose solamente de la parte médica. También sería importante que se trabaje con la familia y con el paciente después de su hospitalización.

Las técnicas de relajación son técnicas que producen resultados eficaces y satisfactorios por lo que estas y otras técnicas psicoterapéuticas alternativas se recomiendan que sean utilizadas como complemento al respectivo tratamiento.

Se recomienda la realización de estudios sobre aspectos psicológicos relacionados con la salud física en nuestro medio, para que se obtengan datos reales en este campo y así, ayude al desarrollo y a la utilización de herramientas para que las personas afectadas con alguna enfermedad, se encaminen a un bienestar holístico.

Finalizada nuestra investigación, como recomendación para estudios futuros, sería importante manejar el mismo número de varones y mujeres para obtener un análisis más equitativo sobre el sexo. Así como también, un número más homogéneo en

edades. Y por último, tomar en cuenta posibles factores de deserción de los pacientes para que evitar inconvenientes durante el proceso de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Editorial Masson. Barcelona. 2002.
2. BALAREZO CH., Lucio A. Psicoterapia. Publicado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. 2003.
3. CÍA, Alfredo H. La Ansiedad y sus Trastornos. Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2002.
4. CÍA H., Alfredo. “Trastorno de Ansiedad Social”. Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2004.
5. COMPAS, Bruce E. y Gotlib. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial McGraw-Hill. México. 2003.
6. DIE TRILL, Maria. Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos, La comunicación con el enfermo y la familia. Ades Ediciones. Madrid, España. 2000.
7. DIE TRILL, Maria. Psico-oncología. Ades Ediciones. Madrid, España. 2003.
8. DIGNIDADES DEL INSTITUTO DEL CÁNCER – SOLCA. Núcleo de Cuenca. Quinto Informe. Incidencia del Cáncer en el Cantón Cuenca 1996 – 2004. Gráficas Hernández. Cuenca, Ecuador. Diciembre, 2007.
9. ENCICLOPEDIA MÉDICA DE LA SALUD. Enfermedades Cancerosas. Editorial Art Blume. Barcelona. 1997.
10. MARTORELL, José Luis. Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 1996.

11. NIETO MNUNUERA, Joaquín, et al. Psicología para Ciencias de la Salud. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. 2004.
12. PAPALIA, Diane E. y Wendkos. Psicología. Editorial McGraw-Hill. México. 1997.
13. RAMÍREZ Cabañas, J.F.J. “Curso de Relajación Progresiva para Niños y Adultos”. Editorial CEPE, S. L. Madrid, España. 2002.
14. ROBBINS y Cotran. Patología Estructural y Funcional. Séptima edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 2005.
15. ROSE, Sara. Guía del Antiestrés. Editorial Parragon. Barcelona, España. 2004.
16. SÁNCHEZ PÉREZ y López Cárdenas. Escalas diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en Atención primaria para Depresión y ansiedad. Salud Mental, Atención Primaria. Salud Global. 2005, núm. 3, año V.
17. SPIELBERGER y otros. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Manual. Tea Ediciones. 4ta edición, revisada. Madrid. 1997.

Citas electrónicas:

18. SZWARCER, Eduardo. Psicooncología: Importancia de las Técnicas Mente-Cuerpo. Citado el 02/03/2011. Disponible en web: http://www.apsique.com/blog/psicooncologi_importancia_tecnicas_mente_cuerpo
19. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. El cáncer: preguntas y respuestas. Estados Unidos. Citado el 21/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/cancer-respuestas>
20. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Tratamiento. Estados Unidos. Citado el 22/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page8#f8>

21. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Medicina complementaria y alternativa. Estados Unidos. Citado el 22/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page9>
22. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Instituto Nacional del Cáncer. Adaptación normal. Estados Unidos. Citado el 25/09/2010. Disponible en web: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-poyo/adaptacion/Patient/page2>
23. REVISTA ELECTRÓNICA PSICOLOGIACIENTIFICA.COM. Estudio sobre Ansiedad. Citado el 26/10/2010. Disponible en web: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>
24. SIERRA, J.C., Ortega y Zubeidat. Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade. 2003. Citada el 24/10/2010. Disponible en web: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27130102>
25. SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER CUENCA – ECUADOR. Ecuador. Citado el 15/09/2010. Disponible en web: <http://www.institutodelcancer.med.ec/index.htm>
26. SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER ECUADOR. Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo. Descripción general de SOLCA. Ecuador. Citado el 15/09/2010. Disponible en web: <http://www.solca.med.ec/htm/Descripcion.html>
27. VINDEL CANO, Antonio. “Normas Básicas Para La Prevención De Problemas De Ansiedad Y Estrés”. Sociedad Española para la Prevención de la Ansiedad y el Estrés. España 2002. Citado el: 7/11/2010. Disponible en web: <http://www.ucm.es/info/seas/ta/preven/>

ANEXOS

ANEXO 1

Tensión – Distensión de Manuel A. Escudero

“Para realizar los siguientes ejercicios elija un lugar lo más tranquilo posible, adopte una postura cómoda, ya sea acostado o sentado, cierro los ojos y me concentro en tomar consciencia de ciertas sensaciones corporales, poco a poco aprenderé a controlarlas.

Dirijo la atención al brazo derecho, a la mano derecha en particular, la cierro, la aprieto con fuerza y observo la tensión que se produce en la mano y en el antebrazo... dejo de hacer fuerza, relajo la mano y la dejo descansar donde la tengo apoyada.

Observo la diferencia que existe entre la tensión y la relajación.

Cierro otra vez con fuerza el puño derecho y siento la tensión en la mano y en el antebrazo, la siento...

Y ahora, aflojo los músculos, dejo de hacer fuerza y permito que los dedos se distiendan relajados...

Noto una vez más la diferencia entre tensión muscular y relajación.

Hago lo mismo con el brazo izquierdo, dirijo la atención a la mano izquierda, la cierro y la aprieto con fuerza, siento la tensión...

Ahora dejo de hacer fuerza, relajo la mano izquierda y observo la diferencia entre tensión y relajación... estudio el contraste entre ambas sensaciones.

Una vez más, cierro fuertemente el puño izquierdo y observo la tensión, la siento... relajo la mano izquierda, permito que los dedos se distiendan tranquilamente y noto la diferencia entre tensión y relajación... aflojo la tensión todavía más, aunque siento que he eliminado gran parte de la tensión de los músculos, si me concentro con atención, comprobaré que aún es posible distender los músculos aún más, lo que me llevará a un mayor grado de relajación... observo que tanto la mano y el antebrazo derecho como la mano y el antebrazo izquierdo, se encuentran ahora algo más relajados.

Ahora, dejando los brazos rectos y con las palmas de las manos apuntando hacia al suelo, flexiono las muñecas, de manera que los dedos de las manos apunten hacia el techo, con esta postura los músculos del dorso de las manos y de los antebrazos quedan en tensión... observo esta tensión y la estudio.....

Ahora me relajo, dejo las manos en su postura normal y siento la diferencia entre la tensión del dorso de las manos y los antebrazos y la relajación que ahora se extiende por ellos.

Repito de nuevo el ejercicio, manteniendo los brazos rectos y con la palma de las manos apuntando hacia el suelo, flexiono las muñecas y apunto con los dedos hacia el techo, siento la tensión en el dorso de las manos y los antebrazos... ahora aflojo la tensión... la aflojo más y más...

Siento la diferencia entre las sensaciones de tensión y relajación.

Ahora cierro las manos, y dejando los codos pegados al cuerpo, llevo los puños hacia los hombros para poner en tensión los bíceps, siento la tensión... ahora me relajo, dejo caer suavemente los brazos a lo largo del cuerpo y observo la diferencia que existe entre las sensaciones de tensión y relajación que ahora experimento.

Repito de nuevo el ejercicio, cerrando ambas manos y dejando los codos en contacto con el cuerpo, llevo los puños hacia los hombros, poniendo tensión los bíceps... observo la tensión, la mantengo y la estudio...

Ahora aflojo la tensión, relajo los bíceps, dejando caer suavemente los brazos a lo largo del cuerpo... observo las sensaciones de relajación.....las estudio.

Dirijo la atención a la zona de los hombros, me encojo de hombros llevándolos hacia arriba como si quisiera tocarme las orejas con ellos... observo la tensión que este ejercicio produce en hombros y cuello....la mantengo y la estudio...

Ahora me relajo dejando que ambos hombros vuelvan a la posición de descanso, aflojo la tensión... la aflojo más y más, y vuelvo a observar el contraste entre tensión y relajación.

Realizo el ejercicio una vez más, llevo los hombros hacia arriba como si fuera a tocarme las orejas con ellos, siento la tensión en los hombros, en la parte superior de la espalda y en el cuello... estudio la tensión en estos grupos musculares...

Ahora aflojo esta tensión, dejo que los hombros vuelvan a su posición natural, siento como ciertas sensaciones de relajación se extienden por esta zona, observo y estudio la diferencia entre tensión y relajación.

Dirijo ahora la atención a los músculos de la cara, levanto las cejas tan alto como puedo, hasta que siento la frente muy arrugada y los músculos tensos, mantengo la atención y la estudio...

Ahora me relajo, dejo que los músculos de la frente se distiendan y siento las sensaciones de relajación extenderse por esta zona..... lo hago una vez más, arrugo la frente levantando las cejas todo lo posible, mantengo la tensión y la estudio... y ahora distiendo la frente, relajo estos músculos, y una vez más, observo el contraste entre tensión y relajación.

Dirijo la atención a los ojos, los cierro con fuerza y siento la tensión en torno a ellos... relajo los músculos de los ojos, permito que se distiendan dejándolos cómodamente cerrados, siento extenderse las sensaciones de relajación.

Lo vuelvo a hacer, cierro los ojos con fuerza y observo la tensión, la mantengo...

Me relajo nuevamente, aflojo la tensión y dejo que los ojos permanezcan plácidamente cerrados.

Dirijo la atención a la boca, la cierro con fuerza y aprieto los dientes, observo la tensión en las mandíbulas... relajo la tensión, permito que la mandíbula se relaje comprobando cómo la boca se entreabre ligeramente cuando aflojo los músculos, observo estas sensaciones y las disfruto.

Lo hago otra vez, cierro la boca con fuerza apretando los dientes y observo la tensión... aflojo la tensión, relajo estos músculos más y más... todo lo posible..... ahora, abro la boca, la abro al mismo tiempo que saco con fuerza la lengua, siento tensión en la mandíbula y en la garganta, la mantengo unos momentos...

Relajo la tensión, distiendo estos músculos todo lo posible y disfruto las sensaciones de relajación.

Repito de nuevo el ejercicio, abro la boca al tiempo que saco fuertemente la lengua, observo la tensión y la estudio... me relajo y dejo que la boca se cierre suavemente, permitiendo que la lengua vuelva a su posición natural... observo la diferencia entre la tensión y la relajación.

Llevo la atención a los labios, los aprieto sin que se toquen los dientes... aprieto con fuerza y siento la tensión alrededor de la boca... me relajo, aflojo los músculos que tengo en tensión y disfruto las sensaciones de distensión que se extienden por las zonas de los labios...

Una vez más, aprieto los labios y observo la tensión alrededor de la boca, la mantengo unos momentos.

Ahora me relajo de nuevo, aflojo estos músculos más y más, cada vez más.

Dirijo la atención al cuello, llevo la cabeza hacia adelante y trato de tocar el pecho con la barbilla... siento la tensión especialmente en la parte delantera del cuello... y ahora me relajo... aflojo la tensión en estos músculos, me relajo más y más.

Lo vuelvo a hacer, toco el pecho con la barbilla todo lo fuerte que puedo y mantengo la tensión durante unos momentos..... ahora relajo la tensión, la relajo cada vez más y observo el contraste entre tensión y relajación.

Ahora presiono la cabeza contra la superficie sobre la que se apoya y hago fuerza notando la tensión que se produce sobretodo en la nuca y en la parte superior de la cabeza, mantengo la tensión unos momentos y la observo..... relajo la tensión y permito que la cabeza descansa cómodamente, disfruto del contraste entre la tensión y las sensaciones de relajación que ahora experimento.

Lo vuelvo a hacer, presiono con la cabeza la superficie donde se apoya, tomo consciencia de la tensión y la estudio... y ahora relajo la tensión, me distiendo más y más, hasta donde sea posible.

Me concentro en los músculos de la parte superior de la espalda... arqueo la espalda, separándola de la superficie en la que se apoya, llevando pecho y abdomen hacia adelante...

al mismo tiempo, llevo los hombros hacia atrás intentando juntar los omóplatos, siento tensión en la espalda, sobretodo en la parte superior... la mantengo y la observo...

Ahora relajo la tensión... dejo que el cuerpo repose cómodamente y observo la diferencia entre tensión y relajación... hago que los músculos se relajen más y más, cada vez más.

Vuelvo a hacer el ejercicio otra vez, arqueo la espalda llevando los hombros hacia atrás, intentando juntar los omóplatos, observo la tensión que se produce en estos grupos musculares...

Relajo la espalda una vez más, alejo toda tensión en los músculos... me relajo más y más.

Ahora inspiro despacio y muy profundamente... llenando completamente los pulmones de aire y conservándolo durante unos momentos... observo la tensión que se produce en el pecho y que distiende a la zona abdominal... expulso suavemente el aire y soy consciente de las sensaciones de relajación que se expanden por las zonas del pecho... sigo respirando normalmente y aflojo la tensión aún más... observo la diferencia entre tensión y relación.

Lo hago otra vez, respiro muy profundamente despacio y mantengo el aire en los pulmones durante unos momentos... observo cómo se ponen tensos los músculos del tórax y del abdomen... siento la tensión y la estudio... expulso suavemente el aire y respiro con normalidad, dejando que los músculos del pecho y del abdomen se relajen... soy consciente de estas sensaciones y las disfruto.

Traslado la atención a los músculos del abdomen... los pongo en tensión, hago que el abdomen se ponga duro, muy duro... siento la tensión en la zona abdominal y la mantengo durante unos momentos... relajo los músculos abdominales... aflojo la tensión y me relajo todavía más... estudio la diferencia entre tensión y relajación.

Lo hago de nuevo, pongo en tensión los músculos del abdomen y siento la tensión... relajo la tensión, aflojo los músculos más y más, cada vez más... observo de nuevo el contraste entre tensión y relajación.

Me concentro en las zonas de los glúteos, los pongo en tensión... mantengo la tensión durante unos momentos... aflojo la tensión... siento extenderse las sensaciones de relajación por esta zona del cuerpo.

Lo hago de nuevo, pongo en tensión los glúteos y estudio la tensión... la observo... me relajo de nuevo liberándome de la tensión y sintiendo las sensaciones de relajación... aflojo los músculos más y más, cada vez más... disfrutando las sensaciones de relajación que voy consiguiendo.

Dirijo la atención a las piernas, las estiro con fuerza sintiendo tensión en los muslos... mantengo la tensión unos momentos... relajo las piernas, permitiendo que los músculos de los muslos se distiendan...

Observo la diferencia entre las sensaciones de tensión experimentadas hace unos instantes y las sensaciones de relajación que siento en este momento.

Lo vuelvo a hacer, estiro ambas piernas hasta sentir los muslos muy duros y tensos... ahora relajo estos músculos, me deshago de la tensión que siento en ellos y disfruto de las sensaciones de relajación.

Ahora voy a poner en tensión los músculos de las pantorrillas, para ello, voy a apuntar con fuerza los dedos de los pies hacia la cabeza... siento la tensión en estos músculos y en los de la zona anterior de las piernas, en la tibia... observo la tensión y la estudio... relajo estos músculos y observo la diferencia entre tensión y relajación.

Lo repito otra vez, apunto con fuerza los dedos de los pies hacia la cabeza y siento la tensión en los músculos de la pantorrilla y en la tibia, mantengo unos momentos la atención y la estudio... aflojo la tensión... relajo estos músculos... los relajo más y más... siento las sensaciones de relajación y las disfruto.

Así como he dirigido los músculos para ponerlos en tensión, los he dirigido también para relajarlos y aflojarlos.

He sentido la diferencia que existe entre la tensión y la relajación muscular.

Así mismo he comprobado la posibilidad de controlar la atención muscular de forma consciente y voluntaria.

Soy capaz de darme cuenta si hay tensión en los músculos, y si la hay, puedo concentrarme en esa zona del cuerpo y enviar conscientemente la orden que hará que esos músculos se distiendan y se relajen.

Si me concentro en aflojar la tensión muscular, de hecho lo conseguiré, cuanto más entrenado esté, lo lograré con mayor facilidad e intensidad.

Ahora, mientras permanezco en la postura en la que me encuentro, pasaré de vista a los diversos grupos musculares que progresivamente he ido poniendo en tensión y relajando, a medida que los nombro, trataré de sentir si hay algo de tensión en ellos, si la hay, enviaré la orden para que se relajen.

Relajo los músculos de los pies, tobillos y pantorrillas; aflojo las tensiones de los músculos de los muslos; relajo los músculos de la pelvis, caderas y nalgas; aflojo todos los músculos de la parte inferior del cuerpo; relajo el abdomen, la cintura y la parte inferior de la espalda; aflojo la tensión muscular en la zona superior de la espalda, el pecho y los hombros; relajo los brazos, los antebrazos y las manos hasta la punta de los dedos; aflojo los músculos de la garganta y el cuello; relajo los músculos faciales y las mandíbulas.

Permito que se distiendan los músculos de todo el cuerpo...

Ahora, voy a permanecer tranquilamente en la posición en la que me encuentro, con los ojos cerrados, disfrutando durante unos momentos del grado de relajación que he conseguido.....

Ahora, voy a pensar en una escala de 0 a 10, en la que 0 representa la máxima relajación y 10 un máximo de tensión, considero dónde me ubicaría aproximadamente en esta escala y recuerdo el número para apuntarlo en la hoja de registros para cuando me recupere.

Ahora voy a contar de 5 a 1, cuando llegue a 1, abriré los ojos y me recuperaré... 5..4..3..2..1... respiro profundamente 2 o 3 veces, comienzo a moverme despacio, abro los ojos y me recupero”.

Escudero, Manuel A. “Técnicas de Relajación y Autocontrol Emocional. Cd 1”. Séptima Edición. Tea Ediciones. Madrid, España. 2009.

ANEXO 2

Consentimiento Informado

Yo..... poseedor de la
C.I..... autorizo a las señoritas Marianela Aguilera y Lorena
Escudero para que apliquen técnicas de relajación para el tratamiento de la ansiedad,
durante la hospitalización en SOLCA el día.....

Autorizo la aplicación del procedimiento plenamente informado.

Firma

ANEXO 3

Clínica.....
Cirugía.....

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS (Modificada)

H.C.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha.....Responsable.....
Nombre.....
Sexo.....Edad.....
Lugar y fecha de nacimiento.....
Estado Civil..... N. Hijos.....
Residencia.....Procedencia.....
Instrucción.....Ocupación.....
Diagnóstico:

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO (FORMAL)

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD (INFORMAL)

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

**EVOLUCIÓN
EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA**

Fecha	Evolución	Actividad

ANEXO 4

7.3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre