



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

*LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA COMO TERAPIA
COMPLEMENTARIA PARA REDUCIR EL ESTRÉS
EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.*



TESINA

Que para obtener el grado académico de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

P r e s e n t a:

MARTINEZ MENDOZA ANA MARIA

No DE CTA: 409018060

Asesora de tesina:

Mtra. Leticia Sandoval Alonso



México, D.F. Octubre 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

****Agradecimientos****

Le agradezco a Dios por haberme permitido vivir hasta este día, haberme guiado a lo largo de mi vida, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino. Por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

A mis padres por darme la vida, una maravillosa formación, por su ternura y todo su amor, y por contagiarme de sus mayores fortalezas. Mamá, tú me pusiste como ejemplo el ser "luchona" y decidida, y el pelear contra la adversidad que es una condición dolorosa pero pasajera, me enseñaste a levantarme después de cada tropiezo y a tener siempre un colchón para los tiempos difíciles. Papá, me enseñaste a ser perseverante y paciente, a ponerme pasos fijos para alcanzar mis metas, a ver los problemas con la cabeza fría y como situaciones solucionables y no como dramas, y a guiarme por la premisa de que "toda disciplina tiene su recompensa"

A mi amado esposo, porque gracias a tu apoyo incondicional, y ser el principal pilar para la culminación de mi carrera, porque eres de esa clase de personas que todo lo comprenden y dan lo mejor de sí mismo sin esperar nada a cambio, porque sabes escuchar y brindar ayuda cuando es necesario, porque te has ganado el cariño, admiración y respeto de todo el que te conoce.

Para mi pequeña traviesa a quien, con el corazón lleno de tristeza, tuve que robarle horas de convivencia, cuidados y juegos para poder terminar mi carrera, agradeciéndole que a cambio, al verme, brille su mirada y corra con alegría hacia mí, brindándome sonrisas y mil besos, demostrándome así su gran cariño.

A mis hermanos y hermanas que siempre me han apoyado y por las palabras de aliento que siempre me dieron para fortalecerme, que cuidaron de mi pequeña hija cuando era necesario.

A mis maestros que estuvieron durante mi formación, mil gracias por todos los grandes conocimientos que aportaran para mi persona y para ser mejor profesionista.

Por todas esas personas, que no creyeron que culminaría mi carrera, también les doy gracias, ya que ellos fueron el impulso y motivación más, de demostrarles que sí se puede; cuando uno quiere cumplir sus metas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de aprender y forjarme como profesional y en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva.

Maestra Sofía Elena Pérez Zumano gracias de verdad, quiero que sepa que es una grandiosa maestra, usted me enseñó que la investigación, es algo maravilloso y me doy cuenta de todo lo que aprendí y sé lo que muchas no, mil Gracias de todo corazón.

A usted maestra Leticia Sandoval Alonso sus innumerables consejos, su apoyo, por hacerme entender que hay cosas más importantes porque preocuparnos, su maestría en dirigir esta tesina, por dedicar su preciado tiempo en revisar este trabajo y asesorarme en todas mis dudas y orientar mi camino, gracias por confiar en mí, en tantos momentos, que entonces eran nervios y ahora recuerdo como algo que me ha hecho superarme y crecer. Por no ponerme límites, por abrirme las puertas, por ayudarme a saltar. Solo puedo decirle, GRACIAS, y nunca va hacer suficiente

A mis sinodales, Licenciada Cristina, Licenciada Bertha y Licenciada Rosario por sus valiosas aportaciones y comentarios.

A todos muchas gracias de corazón.

Ana María Martínez Mendoza

****DEDICATORIA****

Esta tesina me la quiero dedicar principalmente a mí misma porque soy una mujer que ha sabido salir adelante a pesar de las cosas y los momentos difíciles que he pasado, porque siempre quise ponerme esto más que un reto, como compromiso conmigo misma y lo he logrado, porque soy inteligente y tengo muchas habilidades.

A mi hija Camila se la dedico porque quiero un mejor porvenir para tí y que sepas que hay cosas que sí se pueden lograr con mucho esfuerzo y entusiasmo.

A mi esposo Marco Antonio esta tesina también se la dedico porque creíste en mí y sobre todo por tu apoyo económico, moral, por todo el amor que me has dado durante mi formación académica, gracias.

A mi mamá Esther, mi papa Roberto y hermanos Hugo, Lalo y Miguel, que siempre me dieron ánimos para seguir adelante y no darme por vencida, gracias por todo su apoyo.

A mis hermanas Ivett y Angie que sea una más de sus motivaciones para que culminen su carrera., que a pesar de las adversidades y obstáculos sí se puede.

Ana María Martínez Mendoza

Índice

Resumen	7
Introducción	8
I. Definición del problema de investigación	9
1.1 Problema	9
1.2 Pregunta de investigación	12
1.3 Objetivo general	12
1.4 Objetivo específico	12
II. Marco teórico	13
2.1 Epidemiología del cáncer de mama	13
2.2 Antecedentes del estrés	15
2.3 Influencia del estrés en el organismo	17
2.4 Respuestas del organismo: consecuencias biológicas del estrés	19
2.5 Fases del estrés: Síndrome General de Adaptación	20
2.6 El distrés	22
2.7 Distrés ante el diagnóstico de cáncer	23
2.8 Factores estresores	24
2.8.1 Sociales	24
2.8.2 Emocionales	26
2.8.3 Físicos por tratamiento	30
2.8.4 Espirituales	34
2.9 Estrategias y su importancia para la detección del distrés	36
2.10 La utilización de la relajación como intervención	37
2.11 Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson	39
2.11.1 Historia de la Relajación Progresiva	40
2.11.2 Principios en los que se basa la técnica de Jacobson	41
2.11.3 Beneficios de la Técnica de Jacobson	41

2.11.4 Indicaciones y Contraindicaciones de la técnica de Jacobson	42
2.11.5 Condiciones ambientales para una buena relajación	43
2.12 Técnica respiratoria	44
III. Metodología	46
3.1 Variables	47
3.2 Tipo y diseño de tesina	47
3.2.1 Tipo de tesina	47
3.2.2 Diseño de tesina	47
IV. Conclusiones	48
V. Recomendaciones	49
VI. Bibliografía	50
VII. Anexos	59
Anexo 1. Aprendiendo a respirar	60
Anexo 2. Relajación Muscular progresiva	62
Anexo 3. Escala de Hamilton	68
Anexo 4. Escala de Karnofski	71

Resumen.

Introducción. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años, el diagnóstico de éste, genera en la persona altos niveles de distrés que distorsionan su entorno, disminuyendo su calidad de vida. El rol de enfermería es fundamental en la detección y el cuidado de la persona que lo padece.

Objetivos. Documentar como la relajación muscular progresiva contribuye como terapia complementaria para la disminución del distrés en mujeres con cáncer de mama.

Metodología. El tipo de investigación que se realizó fue documental, se elaboró mediante la búsqueda de artículos electrónicos en diversas bases de datos. Describir y analizar como la relajación muscular progresiva como terapia complementaria ayuda a la disminución del distrés en mujeres con cáncer de mama.

Conclusiones. La relajación muscular progresiva, logra que el cuerpo alcance una mejoría física y mental, contribuyendo como terapia complementaria en la disminución del distrés ante condiciones de su enfermedad además de mejorar su calidad de vida. Ya que es una técnica de bajo costo y fácil de aplicar.

Introducción

El cáncer de Mama es la primera causa de muerte por procesos tumorales en mujeres mayores de 25 años, su incidencia oscila entre 30 – 60 por cada cien mil mujeres, desplazando al cáncer cervicouterino del primer lugar. La mortandad por cáncer de mama ha sido creciente y cada día mueren en México 12 mujeres por esta enfermedad. Según cifras oficiales 5,113 mujeres murieron por esta neoplasia en el año 2010, lo que representa el 14.2% todas las muertes por tumores malignos.

En este trabajo se realizó una revisión documental de como la relajación muscular progresiva contribuye como terapia complementaria en mujeres con cáncer de mama en la disminución del estrés. Se hizo la delimitación específica del problema con una descripción de la situación que da origen a la pregunta de investigación. A continuación se presentan los objetivos generales y específicos del trabajo de investigación así mismo las evidencias que justifican la pertinencia y factibilidad de llevarlo a cabo. Posteriormente se hizo la revisión de la epidemiología del cáncer de mama, se profundizo acerca del papel importante que cumple el estrés en el desencadenamiento del cáncer. En primer lugar se esclareció el significado de estrés, luego se hizo una breve reseña de la respuesta fisiológica, biológica y emocional del estrés, se continuo con el estrés ante el diagnóstico de cáncer y factores estresores. Además se analizó las estrategias de la detección del estrés, se finalizó con la utilización de la relajación como intervención focalizando el papel importante que toma Jacobson en la relajación muscular progresiva. En este trabajo se utilizó información proveniente de diversos marcos teóricos, incluyendo la psicología de la salud, la medicina psicosomática, la psicología cognitiva, el psicoanálisis y la Psiconeuroinmunoendocrinología. En la metodología, se precisan las variables, tipo de estudio, los métodos y técnicas para la realización de este trabajo documental. Para finalizar se procede a la realización de conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

1. Definición del problema de investigación

El Cáncer de Mama constituye un problema de salud pública y es la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres mayores de 25 años en nuestro país. Es un problema de gran magnitud, poco reconocido como tal, cuyo impacto rebasa la salud de la mujer en lo individual, y afecta a la pareja, a la familia, a la sociedad y al sistema de salud.¹

Es por eso la importancia de realizar intervenciones de enfermería que promuevan la salud de la mujer mediante terapias complementarias como la relajación muscular progresiva en mujeres con Cáncer de Mama y así contribuir en la disminución del estrés que cada vez afecta a mujeres más jóvenes.

1.1 Problema

El cáncer es una de las principales causas de defunción en todo el mundo, la OMS calcula que 8.2 millones de personas fallecieron por este motivo en el 2012, y que en las próximas 2 décadas morirán 22 millones más, si no se toman medidas adecuadas y oportunas.²

De acuerdo con los datos de mortalidad en el país, elaborados por la Secretaría de Salud, advirtió que esta enfermedad cobra cada año más vidas en México. Mientras que en 2006 la tasa de mortalidad por cada 100 mil mujeres fue de 16.2% fallecimientos por cáncer de mama, para 2012 ascendió a 17.8% por cada 100 mil mujeres. El cáncer de mama es la primera causa de muertes por cáncer entre las mujeres mexicanas. Destacan que en el país se diagnostican poco más de 14 mil casos de cáncer de mama y se reportan más de 5 mil muertes, lo que representa una muerte cada dos horas y media.⁴

Debido a que el cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguró físico, dependencia y interrupción de la relación con otros, origina

diversos grados de distrés que se define como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social, y/o espiritual), que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento.⁴⁷

El distrés está asociado a diversos factores estresores que pueden estar presentes en cualquier estadio de la enfermedad, estos pueden ir desde la sospecha de diagnóstico, el duelo por la pérdida de la salud actual, las diversas modalidades de tratamientos oncológicos así como la pérdida de los seres queridos.⁴⁸ De igual forma la familia suele convertirse en factor estresor muy importante por la demanda o el papel que juega ante la sociedad y como se ve afectada directa e internamente por la serie de problemas que se desencadenan ya sea a nivel económico o estructural, por la pérdida de roles ya sea de la persona enferma o de alguno de sus familiares.¹⁸

Todos estos factores generan cambios en la personalidad del paciente, una vez que esta carga de distrés es muy fuerte y sale de los límites de la persona comienza a reflejarse con síntomas como preocupaciones, temor, irritabilidad, tristeza, manejo inadecuado de situaciones que pueden ocasionar cierta frustración, y que en cierto momento toda esta sintomatología puede volverse crónica ocasionando posteriormente ciertos trastornos mentales que empeorarían la conducta del paciente.

Debido a esta alta demanda de distrés en el paciente oncológico se han contribuido a generar conciencia, con respecto a su importancia en la detección, intervención y tratamiento de dicho evento y con ello incluir intervenciones sociales como parte integral del tratamiento oncológico.⁸

Durante los últimos veinte años se han diseñado diferentes líneas de intervención psicoterapéutica con pacientes de cáncer. Todas ellas parecen obedecer a un propósito común: ayudar a afrontar mejor los aspectos emocionales de la enfermedad. Es importante hacer evidente que estas investigaciones únicamente se han realizado por parte del área de psicooncología y que enfermería al ser pionera del cuidado de la persona con cáncer le concierne realizar de primera instancia una evaluación que

permita determinar cuál es el grado de estrés para así poder realizar intervenciones que permitan minimizar dicho evento.

La enfermera desempeña un papel muy substancial en el cuidado de la persona con cáncer, el tener un primer contacto con ella, permite identificar si está presentando distrés; por lo tanto su papel englobaría la detección, el tratamiento como terapias psicológicas o en crisis para canalizarlo con un especialista, evaluando también otras redes de apoyo con las que cuenta recordando que la familia es la principal fuente de soporte de una persona.

Enfermería desempeña ciertas funciones que permiten englobar su razón de ser, entre ellas está la investigación, que gracias a esta permite tener un juicio y razonamiento de sus actividades, estas actividades encaminadas al cuidado del paciente con cáncer van a generar un crecimiento profesional pero principalmente humano.

La revisión de la literatura evidencia la alta incidencia de distrés significativo en las personas con cáncer de mama y la importancia de generar intervenciones que permitan minimizarla para así brindar a la persona una mejor calidad de vida. El personal de enfermería forma parte indispensable en el cuidado de las personas con cáncer de mama sin embargo existe falta de conocimiento por parte de la disciplina para detectar y valorar el distrés en los pacientes y así contribuir en la atención del mismo.

1.2Pregunta de investigación

¿Cómo contribuye la relajación muscular progresiva en mujeres con cáncer de mama en la disminución del estrés como terapia complementaria?

1.3Objetivo general

- * Documentar como la relajación muscular progresiva contribuye como terapia complementaria en mujeres con cáncer de mama.

1.4Objetivo específico

- * Determinar cómo la relajación muscular progresiva, contribuye a la disminución del estrés en mujeres con cáncer de mama
- * Determinar los beneficios de la relajación muscular progresiva aplicada a mujeres con cáncer de mama como terapia complementaria.

2. Marco teórico

2.1 Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial con cerca de 138 millones de casos nuevos y 458 000 muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo, la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.²

La OMS afirma que la incidencia del cáncer de mama aumenta en el mundo, debido a factores como una mayor esperanza de vida, urbanización y adopción de modos de vida occidentales.

Con más de 408,200 nuevos casos y más de 92,000 muertes, el cáncer de mama es el primer cáncer en las Américas en cuanto a casos nuevos, y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres en el 2012. En América Latina y el Caribe, el 27% de los nuevos casos de cáncer y el 15% de las muertes son debidos al cáncer de mama. En Norte América, el 30% de los nuevos casos y el 15% de las muertes por cáncer en las mujeres son consecuencia del cáncer de mama. Se estima que en el año 2030 se presentarán más de 596,000 nuevos casos y más de 142,100 muertes por cáncer de mama. El incremento en número de nuevos casos y muertes será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América.³ Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6); México como resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización, tiene la tasa más baja de Latinoamérica (75.4).

De acuerdo con los datos de mortalidad en el país, elaborados por la Secretaría de Salud, advirtió que esta enfermedad cobra cada año más vidas en México. Mientras que en 2006 la tasa de mortalidad por cada 100 mil mujeres fue de 16.2% fallecimientos por cáncer de mama, para 2012 ascendió a 17.8% por cada 100 mil mujeres. El cáncer de mama es la primera causa de muertes por cáncer entre las mujeres mexicanas. Destacan que en el país se diagnostican poco más de 14 mil casos de cáncer de mama y se reportan más de 5 mil muertes, lo que representa una muerte cada dos horas y media.⁴

La incidencia de cáncer de mama es más alta en las mujeres que en los varones. Durante 2012 afectó a 23.70% de cada 100 mil mujeres de 20 años y más. Se ha observado que las mujeres jóvenes con cáncer de mama tienen patrones biológicos de comportamientos más agresivos.

Por entidad federativa, con excepción del Distrito Federal (20.66 muertes por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), es la región norte del país donde se concentran las tasas más altas de mortalidad observada, siendo Chihuahua (20.71 mujeres de cada 100 mil de 20 años y más), Coahuila (20) y Baja California Sur (19.08), las que presentan las más elevadas; en contraparte, las entidades en donde se ubican las tasas más bajas de defunciones por cáncer de mama en mujeres de 20 años y más son Quintana Roo (5.96 fallecimientos), Oaxaca (7.18) y Campeche (8.18).

Por entidad federativa, se observa que en 2012 los estados con el mayor número de casos nuevos de tumores malignos de mama son Veracruz (52.02 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), Jalisco (45.91 de cada 100 mil) y San Luis Potosí (41.44); mientras que en Guerrero, Quintana Roo y Guanajuato, la identificación de casos nuevos de neoplasias mamarias es muy baja (3.58, 5.25 y 7.32 por cada 100 mil mujeres, respectivamente).

2.2 Antecedentes del estrés

La idea de que el cáncer puede estar relacionado con el estrés es muy antigua. El tratado galeno sobre los tumores señala que las mujeres melancólicas, que presumiblemente tenían demasiada bilis negra eran mucho más susceptibles al cáncer que otras mujeres.

Walshes en su obra "The Nature and Treatment of Cancer", llamaba la atención sobre la influencia de la miseria mental, los reveses bruscos de la fortuna y los abatimientos habituales del humor, sobre la disposición de la materia carcinomatosa.

Hacia el final del siglo, otro médico inglés, Snow, reviso más de 250 enfermos y concluyo que "la pérdida de un pariente cercano era un factor importante en el desarrollo de cáncer de mama y útero".

Descartes por su parte, veía al cuerpo humano como una máquina, la enfermedad se presentaba cuando se estropeaba alguna parte de esta máquina. Con el fin de reparar el mal funcionamiento, era necesario conocer más sobre la función incluso de las más pequeñas partes y esto constituía el territorio de la medicina. Los médicos de los siglos XVIII y XIX tenían tiempo para valorar y hacer una historia detallada de sus pacientes, en la cual se ponía énfasis en el ambiente emocional y estilo de vida, así como una serie de otros factores personales. Tales médicos probablemente conocían mejor y durante más tiempo al paciente, su familia, así como la naturaleza y significación de los acontecimientos personales y del ambiente. Los antiguos médicos tenían un acercamiento más personalizado, y por ende una sensibilidad y conocimiento de las posibles relaciones entre estrés y desarrollo de enfermedades de lo que es ahora posible. Si bien cabe destacar que actualmente se observa una mayor valorización, por parte del médico clínico, a poner el énfasis en una relación más personalizada dado que esto repercute positivamente en el tratamiento del paciente.

Hans Selye (1907-1982) decía que el Estrés "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga".

Él llega a esta definición cuando luego de experimentar para descubrir una nueva hormona sexual, inyecta extractos de ovarios de ganado a ratas para observar los cambios que no se pudieran atribuir a las hormonas ya conocidas.

Encontrando una serie de cambios los cuales ya habían sido estudiados por algunos científicos como son: Hipertrofia del córtex de la glándula suprarrenal, atrofia de timo, bazo, ganglios linfáticos, hemorragias, úlceras profundas en estómago y parte superior del intestino. Observó que cada cambio era interdependiente del otro y el conjunto formaba un síndrome bien definido, al que denominó **Síndrome General de Adaptación** (S.G.A.) (1936) ya que pronto descubrió que todas las sustancias tóxicas, cualquiera que fuera su origen, producían la misma respuesta; incluso el frío, calor, infección, traumatismo, hemorragia, factores emocionales, etc.; a los que finalmente en 1950 denominó estresores.¹⁰

Es importante mencionar que estrés se correlaciona en gran parte con el aspecto inmunológico, nervioso y endocrino, cuando estos se ven afectados también se involucran muchos aspectos más como las emociones debido a la conexión que hay entre la mente y el cuerpo.

La forma de pensar, las creencias y los sentimientos no son nada menos que la actividad bioquímica de nuestras células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endócrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo. La evidencia científica, hoy en día, demuestra que al modificar nuestros pensamientos estamos modificando nuestra biología.

Estrés es un término sumamente complicado el cual muestra muchas connotaciones y muy poca utilidad para comprender como nuestro organismo se adapta a las demandas de la vida diaria y a situaciones catastróficas que ocurren de manera esporádica. Para algunas personas este término, refleja un estado indeseable de preocupación, temor, irritabilidad, tristeza, y dificultad para manejar adecuadamente las situaciones que causan frustración. Para otros, es un reto que motiva a la obtención de logros y metas de nuestra vida. En el primer caso, nos referimos a un término popular denominado

“estresado”, el cual sugiere la naturaleza crónica de un estado negativo reconocido clínicamente como distrés emocional.¹¹

Podemos ampliar esa breve definición de estrés mencionada anteriormente diciendo que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada.

Esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que estas secreciones hormonales provocan sobre nuestro organismo, responsables de nuestras reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas. Si estos cambios se hacen en armonía, es decir si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de eutrés o buen estrés, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al distrés o mal estrés.¹²

2.3 Influencia del estrés en el organismo

Se han señalado muchos factores externos como causa de diversos cánceres, tales como irradiación solar o de rayos X, amianto, alquitrán, etc. Los dos mecanismos internos más importantes, que influyen en el crecimiento maligno son los factores hormonales y la competencia inmunológica del individuo. El sistema nervioso central juega un papel importante en el control de estas determinantes. Es destacado que tanto la función endocrina como inmunitaria son sensibles al estrés.

Es sabido que las células malignas se desarrollan intermitentemente en varios órganos y tejidos. En individuos susceptibles, estas células son capaces de establecerse y multiplicarse hasta convertirse en lesiones malignas detectables clínicamente, mientras

que en un individuo “sano” su sistema inmunitario es capaz de reconocer y destruir tales células anormales.

Cuando nos exponemos a algún agente extraño, como por ejemplo un virus, el organismo responde produciendo anticuerpos para combatir o aumentar la resistencia al agente ofensivo. Contrariamente, cuando las defensas inmunitarias están disminuidas el cuerpo es más susceptible a las infecciones.

El estrés produce la activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción de cortico esteroides, que a su vez tiene como consecuencia una involución del timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos, y por lo tanto un debilitamiento del sistema inmunológico encargado de proteger al organismo. Sostiene que aunque el estrés no sea, la causa primaria del cáncer, este constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo.⁷⁸

A principios de siglo, los descubridores del sistema inmunitario ya se habían preguntado si una de sus funciones no podría ser la identificación y destrucción de células cancerosas. En 1909, Paul Ehrlich sostiene: “Estoy convencido de que durante el desarrollo y crecimiento del hombre, las células malignas proliferan en gran número pero que en la mayoría de las personas permanecen en estado latente debido a la acción protectora del huésped”.¹³

Esta concepción preside la denominada teoría de la vigilancia inmunológica que ha permanecido vigente durante muchos años. De acuerdo con ella, la función del sistema inmune consistiría en reconocer los elementos extraños que aparecen en el organismo y destruirlos a través de la acción de anticuerpos circulantes y células especialmente diseñadas para matar, como los linfocitos T. en condiciones normales, el organismo sería capaz de discriminar y eliminar células cancerosas de la misma forma en que lo hace con los virus o bacterias.

El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: a) aumentando la exposición del sujeto aun carcinógeno; b) interactuando con los efectos de un carcinógeno; c) permitiendo la expresión de un potencial genético latente (heredado o aprendido) a través de un cambio en el ambiente hormonal.⁷⁹

Los datos disponibles sugieren que determinadas variables psicológicas, especialmente la carencia de estrategias adecuadas para enfrentar situaciones de estrés, se encuentran asociadas con una mayor incidencia de cáncer.

Para ilustrar como el estrés afecta al sistema inmunitario, una investigación realizada con estudiantes revela que el estrés social tiene fuertes efectos sobre la función del sistema inmune, tales como la actividad de las células destructoras. El grupo con alto estrés-alta soledad tenía menor nivel de actividad de las células destructoras, observándose lo opuesto en el grupo de bajo estrés-baja soledad.

Parece claro entonces, que el estrés puede causar alteraciones en distintas áreas dentro del sistema inmunológico y que la función disminuida de este predispone al crecimiento de células anormales.

El estrés emocional en los seres humanos puede ejercer efectos mucho más profundos que el estrés físico, como ha sido demostrado en los estudios hechos en pilotos de autos de carrera. Tales tipos de estrés, sobre todo si son graves, repetitivos o prolongados, dan lugar a respuestas primitivas que contribuyen a padecer hipertensión, enfermedad coronaria, ulcera péptica, artritis, cáncer y una serie de otros desordenes que involucran la competencia inmunológica.⁹

2.4 Respuesta del organismo: consecuencias biológicas del estrés.

La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles, si se suprime o mejora la causa o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadena la enfermedad.

Consecuencias biológicas del estrés

AFECCION	TENSION (FASE INICIAL)	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, perdida del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Musculo	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, taquipnea, asma
Estomago	Secreción acida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento de consumo de oxígeno	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardiaco	Hipertensión, dolor precordial

2.5 Fases del estrés: Síndrome General de Adaptación

En este proceso de adaptación por parte del organismo se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento.⁵²

Fase de alarma:

Ante la aparición de un peligro o estresor se produce una reacción de alarma durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal.

Es muy importante resaltar que todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo.

Esta primera fase supone la activación del eje hipofisopararrenal; existe una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad:

- Se produce una movilización de las defensas del organismo.
- Aumenta la frecuencia cardíaca.
- Se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos.
- Se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción.
- Aumenta la capacidad respiratoria.
- Se produce una dilatación de las pupilas.
- Aumenta la coagulación de la sangre.
- Aumenta el número de linfocitos (células de defensa).

Fase de resistencia o adaptación:

En ella el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o del agente nocivo y se producen las siguientes reacciones:

- Los niveles de cortico esteroides se normalizan.
- Tiene lugar una desaparición de la sintomatología.

Fase de agotamiento:

Ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; se entra en la fase de agotamiento que conlleva lo siguiente:

- Se produce una alteración tisular.
- Aparece la patología llamada psicósomática

2.6 El distrés

Es importante que como cuidadoras percibamos cuales son los síntomas que la persona puede presentar ya que este va actuar en diferentes partes del organismo y de este modo se van a ir presenciando dichos síntomas.

Algunos estudios realizados en neuroendocrinología han demostrado que cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en la que se observa una excesiva utilización o manejo ineficiente de hormonas, cortico esteroides, y catecolaminas por parte de los ejes neuroendocrinos. Este estado de distrés emocional o estrés crónico produce un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endócrino e inmune. Ciertamente este proceso nos permite entender y apreciar la naturaleza multidireccional de las interacciones entre los estresores, el cerebro y los sistemas endócrino e inmune.¹⁴

Cuando este se presenta en un paciente con cáncer la perspectiva cambia indudablemente ya que los factores estresantes desencadenaran una serie de síntomas específicos de dicha enfermedad.

El distrés es definido como una experiencia emocional displacentera de naturaleza, física, psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual que puede interferir en el afrontamiento del cáncer, de sus síntomas físicos y de su tratamiento.

Investigadores interesados en la respuesta emocional del estrés fijan su interés en eventos estresantes de carácter universal. Seleccionan situaciones de estrés que generalmente afectan psicológicamente a la gran mayoría de personas. Entre este tipo de eventos encontramos las situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, cuidado permanente de familiares con discapacidad física, diagnóstico de enfermedades terminales, dificultades financieras y otras que típicamente causan distrés emocional.¹¹

Existen factores que van a condicionar a la persona para desencadenar este evento y que la limitan en su afrontamiento de la enfermedad tales como son el diagnóstico de la enfermedad.

2.7 Distrés ante el diagnóstico de cáncer

Cuando el paciente recibe una noticia de que padece una enfermedad como el cáncer, intrusa, amenazante a su vida y a su futuro entra en un sufrimiento que puede ir desde lo espiritual hasta lo mental, que va a generar un impacto en todo su entorno holístico ya que todas sus esferas se verán afectadas.

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (distrés) importante, pues suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas.¹⁵

El padecimiento por sí mismo puede ser considerado por un individuo como un evento que actúa como agente de estrés altamente amenazante. El diagnóstico de una enfermedad somática severa induce en la mayoría de los casos una respuesta de estrés extremadamente alta. Este evento estresante frecuentemente está acompañado de la admisión en un hospital, la incertidumbre sobre el diagnóstico definitivo y sobre el tratamiento a seguir que provoca estimulación emocional y/o fisiológica.¹⁶

El distrés se presenta debido a la incapacidad o perplejidad de la persona con cáncer ante los cambios y pérdida de control del entorno, lo que afecta lenta e inevitablemente al propio enfermo o a quienes están cerca de él: su familia, cuidadores y profesionales que le asisten.

Desafortunadamente cuando a una persona se le diagnostica cáncer, sin más explicación y en algunos casos con la sentencia de muerte en un tiempo determinado, se ve impuesta a tomar decisiones apresuradas sobre los posibles tratamientos a

seguir: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc., lo que aumenta el estrés, ya que en muchos casos se pasan por alto las probables reacciones psicosociales que pudiera presentar, lo que afecta su calidad de vida y la de su familia. El diagnóstico actúa como un impacto que puede desestructurar al paciente si éste no consigue elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada a la situación, que le permita continuar con el proceso diagnóstico y terapéutico necesarios para su curación.¹⁷

Cuando a la persona se le habla acerca de la malignidad, tras un primer instante de choque o bloqueo suele presentar ciertas emociones inmediatas que incluyen tristeza, enojo, ansiedad, sentimientos de indefensión y depresión.¹⁸

Este proceso comienza cuando la persona se da cuenta de que padecer cáncer es un hecho altamente probable o bien ya sea una certeza. En ese momento el individuo toma consciencia de un cambio o una amenaza de cambio, en el estado de sus metas o preocupaciones tal como las concebía hasta ese momento.

La valoración actual de este cambio posible debido al cáncer incluye una evaluación de su significado personal, puede tener un significado de un daño o pérdidas posibles o bien significará un desafío personal.⁸

2.8 Factores estresores

2.8.1 Sociales

Sin embargo este factor del diagnóstico con lleva a otro, como es la problemática familiar ya que comienza un cambio en la estabilidad del hogar y que se ve reflejada en el rol de los integrantes impactando hasta en la economía de la misma.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas al sistema familiar. La enfermedad crónica sucede dentro de una familia, no en el

aislamiento de una persona. El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en diversos contextos como son ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. Esta enfermedad afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar.

La confrontación de esta experiencia “diagnóstico de cáncer” y/o su reaparición crea dentro de esta, un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora.

Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

La familia es el principal soporte del enfermo con cáncer ya que el apoyo por parte de este núcleo, disminuye los niveles de estrés y efectos negativos y emocionales que puede presentar a lo largo de la enfermedad, dentro de estas se incluye el hecho de que el paciente tenga el apoyo de la pareja y que al igual se podría ver afectada. El matrimonio proporciona la ayuda específica contra los efectos de la enfermedad y/o actúa como almacenador específico intermediario que neutraliza la tensión producida por la enfermedad.¹⁹

Los hijos son una parte fundamental en la familia, cuando la persona que padece esta enfermedad es la madre o el padre muchas veces los hijos llegan a cubrir este papel generándose nuevos roles y modificando la estructura familiar lo que llega ocasionar cierto estrés hasta en ellos, generándose nuevos problemas debido a la responsabilidad que se adquiere.

El impacto del diagnóstico afecta no sólo a la persona, sino a todos los miembros de la familia. Desde esta perspectiva, el diagnóstico de cáncer ocasiona un desequilibrio en la familia, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan.

Así, la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación de la persona. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio influenciando de forma negativa la recuperación de la persona.²⁰ Sin embargo como se mencionaba anteriormente esta enfermedad desencadena una serie de respuestas emocionales que afectan el bienestar de la persona y suelen salirse de los límites creando trastornos psicológicos graves.

2.8.2 Factores emocionales

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos que son, en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones los psicólogos con el equipo sanitario médicos, enfermeros y trabajo social.²¹

Se ha encontrado que las personas que sufrieron depresión o ansiedad en el pasado, tienen una mayor probabilidad de volver a experimentarlas ante un estresor mayor como el cáncer.²² Lo cual puede ser evidente y reflejarse en las personas que tienen recidivas de esta enfermedad.

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada, a pesar de su frecuencia, la identificación de estos

trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos, como: a) la confluencia de sintomatología somática y psíquica, b) considerar como normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, c) la falta de formación del personal de salud en la detección de trastornos psiquiátricos, o que éstos puedan ser secundarios a la propia enfermedad y a los tratamientos oncológicos, es conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial, y debido a la propia naturaleza de la enfermedad neoplásica que es generadora de un malestar emocional (distrés) que puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental.¹³

El estado afectivo depresivo es una respuesta frecuente asociada a situaciones de pérdida. La tristeza, los sentimientos de indefensión, desesperanza e inutilidad, la pérdida de la autoestima, los episodios de llanto y la ideación suicida son los predictores más sensibles de la depresión.²³

Aproximadamente, un 75% de los pacientes oncológicos desarrollan algún tipo de trastorno emocional siendo de mayor prevalencia el aspecto adaptativo y la depresión.²⁴ Sabemos que tanto el estrés como la depresión y la inflamación son capaces de activar y modificar el equilibrio de las citosinas. Éstas pueden tener un efecto depresivo, ya sea directamente, por medio de la activación de la hormona liberadora de corticotropina, o indirectamente, provocando resistencia de los receptores de glucocorticoides, lo que causa hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, debido a inhibición del mecanismo de retroalimentación normal.²⁵

Desde el punto de vista biológico, el concepto de estrés ha evolucionado en las últimas décadas desde “un sistema de respuestas inespecíficas” a un patrón de “monitorización de claves internas y externas”, que resulta crítico para la adaptación del organismo a su ambiente. Sabemos que el estrés psicológico desempeña un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos.

Los cambios inmunológicos ante el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar la aparición de las metástasis.²⁶

Desde otra perspectiva, se ha estudiado el impacto del estrés emocional con la depresión y ansiedad como factor predictivo de la evolución física, psicológica y social, y del uso de recursos médicos para los pacientes con cáncer.²⁷

La valoración del suceso como una pérdida importante de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc. tenderá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión. Esta también puede estar ligada cuando la persona se encuentra sola cursando este proceso de la enfermedad y que puede desencadenar grandes niveles de estrés llegando a la depresión, en un estudio se examinaron 107 pacientes con cáncer de cabeza y cuello para evaluar su estrés psicológico, trastornos de adaptación o depresión mayor, de estos 36% tuvieron trastornos de adaptación y depresión mayor, el análisis de regresión logística reveló que tener un estadio avanzado de cáncer y vivir solo fueron significativamente asociados con estrés psicológico.²⁸

Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todas las personas, este proceso consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se concebirá una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se presentan.

El estrés es una reacción emocional que emerge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción se vive regularmente como una experiencia desagradable con la que la persona se pone en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para sus propios intereses.

La sospecha de padecer una enfermedad crónica como lo es el cáncer, produce distrés anticipatoria, como se ha puesto de manifiesto en aquellas mujeres a las que se solicita una segunda mamografía, tras haber encontrado algún dato sospechoso en la primera prueba. Su ansiedad está relacionada con los pensamientos de anticipación de un posible resultado de diagnóstico de cáncer y se ve aliviada por la reducción del tiempo de incertidumbre.²⁹

El insomnio suele ser un trastorno frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre las actividades cotidianas y la calidad de vida de la persona, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios. La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche es uno de los síntomas más prevalentes en los pacientes con cáncer aunque son muchas las causas que pueden alterar el descanso nocturno, podemos destacar el distrés asociado a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos.

Comparado con otros problemas que los pacientes con cáncer sufren, tales como náuseas, dolor y depresión, el insomnio no ha recibido mucha atención, a pesar de ser uno de los síntomas más comunes y que genera mayor distrés en los pacientes oncológicos, afectando al 40-60% de los enfermos según varios autores.

Poco se sabe de la calidad del sueño en los pacientes con cáncer, pero parece que el distrés emocional y físico sí se relaciona con los problemas para dormir, siendo éstos uno de los principales síntomas en este tipo de pacientes, afirman que más del 50% de los pacientes oncológicos presentan problemas de sueño que perduran en el tiempo, años, después de finalizar el tratamiento, siendo un problema crónico para los pacientes y la familia.¹⁵ En relación a este rubro es importante mencionar que muchos de estos aspectos emocionales emergen de los tratamientos a los que es sometida la persona.

2.8.3 Factores físicos por tratamiento

La morbilidad psicosocial se define como el trastorno emocional que surge en diversas etapas de la vida del paciente después que se ha diagnosticado la enfermedad. La cirugía, la radioterapia (RTP) y la quimioterapia (QTP) originan temores especiales que inducen usualmente trastornos emocionales durante el período de tratamiento, y que a su vez constituyen un número de acontecimientos estresantes muy amplio o muy intenso. Por otra parte, la deficiencia funcional, el desfiguramiento por el cáncer, por el tratamiento o por ambos, constituyen una grave amenaza a la sensación de integridad física del individuo.

De igual modo, los problemas en el desempeño de roles sociales importantes, por ejemplo, el laboral, pueden igualmente tener un amplio efecto sobre el bienestar del individuo.³⁰⁻³¹

Estos tratamientos producen una serie de efectos secundarios, los cuáles incluso pueden llevar al paciente a abandonar el tratamiento como son: fatiga; náuseas y vómitos; alopecia (pérdida del cabello); efectos en la boca, como las aftas o ulceraciones; pérdida del apetito; aumento en la sensibilidad en el gusto y olfato; estreñimiento o diarreas.

Temer al cáncer, no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante intentar borrar los miedos de la mente ya que provoca estrés y ésta puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores. El estrés, no sólo es producido por el diagnóstico, sino también por la sucesión de cambios físicos, sociales y personales que se producen a lo largo de la enfermedad y su tratamiento.²⁰

Las diversas modalidades de tratamientos conlleva a los pacientes a sufrir eventos estresantes muy fuertes dado que muchas veces el personal de salud no orienta lo suficientemente a los pacientes, provocando ansiedad ya que se ven apresurados a

tomar decisiones en cuanto a cuál es el tratamiento al que se va a someter, lo que genera reacciones psicológicas que pudieran afectar su calidad de vida.

Quimioterapia:

Tal es el caso de la quimioterapia ya que es un tratamiento muy agresivo debido a la cantidad de síntomas que este genera porque no solo destruye células anormales sino también las normales, estos efectos suelen ser muy desagradables para los pacientes, como son alopecia, vómitos, náuseas, depresión del sistema inmunológico y malestar general, claro este siempre varía en cada persona, pero indudablemente suele ser doloroso y ansiogénico para la persona, lo cual va a generar distrés ya que esto la priva a seguir con sus actividades cotidianas.

Es necesario abordar los efectos secundarios de la quimioterapia desde un punto de vista multidisciplinar, teniendo en cuenta no sólo los aspectos médicos sino también el lado psicológico de los pacientes para poder ayudarlos de una manera integral a sobrellevar el tratamiento y aumentar la calidad de vida.³²

Se encontró un estudio multicéntrico, en un grupo de pacientes con cáncer de mama donde el distrés psicológico fue evaluado en situación basal, durante quimioterapia y después de 6 y 12 meses, en el que se comparaba quimioterapia adyuvante estándar con ciclofosfamida, epirrubicina y 5-fluorouracilo cada 21 días (CEF21) con la misma pauta de quimioterapia administrada cada 14 días (CEF14). En el momento basal, la media de puntuaciones de distrés psicológico era similar en los dos grupos. Durante quimioterapia, se observó un distrés psicológico significativamente superior en el CEF14, comparado con el brazo CEF21 ($32,3 \pm 1,3$ versus $27,6 \pm 1,3$; $p = 0,009$), así como una incidencia acumulada superior de anemia, mucositis, diarrea, alopecia, dolor óseo y fatiga observada en el brazo CEF14.³³ Por ello es primordial el papel de la enfermera durante la aplicación de quimioterapia ya que este proceso llega a desencadenar niveles de estrés altos.

La calidad de vida de la persona con cáncer suele deteriorarse en relación con la gran demanda de dichos efectos secundarios por este tratamiento, en un estudio longitudinal que se realizó en España con una muestra de pacientes oncológicos recibiendo tratamiento de quimioterapia el cual se dividió en dos fases, las dos arrojaron resultados donde puede observarse que el impacto social, los síntomas de enfermedad y tratamiento muestran puntuaciones relativamente más elevadas que el resto de factores de calidad de vida y que la discapacidad funcional valorada con ayuda de la escala de Karnofski (ver anexo 4) se eleva en la segunda fase, lo que nos indica que a mayor número de efectos y síntomas secundarios la persona puede disminuir su calidad de vida y con ello un incremento de distrés.³⁴

La persona puede sentir cierta incertidumbre la cual suele presentarse cuando el tratamiento es por primera vez, generalmente esto se debe a la mala información que muchas veces suelen comunicarse entre pacientes ya que expresan su experiencia y si esta fue mala o al menos así la percibieron pues ocasiona que otras pacientes se sientan preocupadas. Sentirse alterado y preocupado es parte del proceso, no obstante estos sentimientos pueden ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso lo que puede interferir durante su aplicación o incremento de los efectos secundarios del mismo.³⁵

Es importante mencionar que enfermería siendo la pionera en la administración de este tratamiento, está obligada a dar apoyo psicológico al paciente durante su aplicación, manteniéndolo así con comodidad y bajo un mínimo estrés para que sus síntomas reduzcan y con ello se mejore su calidad de vida.

Cirugía:

Por otro lado, la cirugía ha llegado a ser el tratamiento de primera instancia en las personas con cáncer, provocando en ellas una serie de cambios adaptativos que sí, indudablemente salva su vida y disminuye síntomas incapacitantes como el dolor, pero esto no impide que sea considerada como un factor altamente estresante y que conlleva muchas afecciones psicológicas que no solo experimenta la persona por si sola sino que la familia y amigos también suelen ser afectados.

Cuando la persona sabe que va a ser intervenida quirúrgicamente mentalmente crea un problema que amenaza a su salud, es por ello que es considerada como un acontecimiento altamente estresante, no obstante este proceso depende de una serie de variables que desencadenen en sí este evento tales como son: el riesgo intrínseco que genera la intervención quirúrgica, la incertidumbre de no saber si esta resolverá el problema o no, temor a quedar peor tras la operación y ciertas limitaciones físicas y/o psicológicas.³⁶

La radioterapia

Otro tratamiento oncológico que de igual forma tiene grandes resultados, es la radioterapia ya que ofrece para el paciente y sus familiares una oportunidad de control, mejoría o curación de esta enfermedad; sin embargo, al mismo tiempo implica afrontar importantes retos que pueden afectar su calidad de vida, estado emocional y psicológico, ya que el principal reto aquí es proporcionar a los pacientes la información adecuada de lo que es este tratamiento, los riesgos que este implica por que la falta de información y la incertidumbre provoca que el paciente caiga en un estado de distrés, el cual puede condicionar a que exista un mayor número de efectos secundarios. Es importante destacar que un 60% de las personas con cáncer reciben este tratamiento.³⁷

Se encontró un estudio donde se determina cual es el nivel de depresión y ansiedad que manejan los pacientes durante el tratamiento de radioterapia externa. La muestra está constituida por 55 personas: 35 mujeres y 20 varones, edad media 44 años (intervalo 30-72 años), con diversos cánceres: mama, ginecológicos, próstata, colon, gástrico, pulmón, óseo y sistema nervioso central en el cuál se encontraron elevados índices de depresión y fatiga.³⁸ Con ello podemos observar que al igual que la quimioterapia, la radioterapia también contribuye a un gran número de síntomas tanto físicos como psicológicos.

Por otro lado, es importante mencionar la importancia de los cambios en la apariencia física que van aparecer como consecuencia de estos tratamientos los cuáles son una gran fuente de estrés que las personas desencadenan y que les va hacer muy difícil

adaptarse ya que estos afectan directamente el estado emocional, su calidad de vida y su funcionamiento familiar, social y laboral. Dichos cambios pueden ser temporales como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso o los permanentes, como los efectos de las cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). La vergüenza, el temor, el rechazo por la misma sociedad conllevan a que la persona se aislé y pierda relaciones sociales.

Partiendo de la consideración de que los cambios en la apariencia física secundarios a los tratamientos oncológicos constituyen un evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente, en la mayoría de las ocasiones no nos encontramos con reacciones psicopatológicas susceptibles de precisar una terapia psicológica, pero en cualquier caso, nos encontramos con elevados niveles de estrés y malestar que es necesario manejar bajo terapias psicológicas.³⁹

Sin embargo, no podemos olvidar que la persona es un ser holístico y que este tipo de tratamientos también suelen afectarla en la parte cultural y religiosa donde la pérdida de fe, desesperanza e incluso sus creencias son relevantes en su contexto de vida ya que como se mencionaba anteriormente cada persona es afectada de acuerdo a su psicobiografía personal.

2.8.4 Factores Espirituales

El área de la religiosidad y la espiritualidad son aspectos de gran importancia ya que generan cierta preocupación, porque esta esfera a nivel emocional/afectivo representa sentimientos que pueden tener diferentes connotaciones como el amor, la admiración, el miedo, el temor, sin embargo, cuando la persona es diagnosticada con esta enfermedad su perspectiva cambia debido al duelo que vive en ese momento, lo que lo lleva a una pérdida de la fe, que es muy común y se expresa con sentimientos de ira, coraje, lo cual genera una gran cantidad de estrés.

La espiritualidad ha venido tomando importancia en los últimos años debido a la noción de que la salud puede promoverse a través de las creencias religiosas y su práctica. Sin embargo, actualmente a la enfermera le cuesta trabajo manejar la espiritualidad del paciente, y en cuanto a aceptar sus efectos en el organismo se muestra desconfiada, principalmente por el desconocimiento de la amplia gama de estudios dirigidos a demostrar sus efectos y su mecanismo de acción.

La espiritualidad y la religiosidad son dimensiones de lo psicológico, observables en una serie de conductas individuales y prácticas culturales. Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad.⁴⁰

Para muchas personas trabajadoras en el campo de la salud se hace necesario responder a las demandas espirituales y religiosas de los pacientes, de forma que se ven en la obligación de abordar dichos temas con pacientes que están en crisis espiritual debido a su condición de salud.

En los estadios avanzados de la enfermedad oncológica, no es solamente el dolor lo único que acongoja al paciente, sino un conjunto complejo de emociones por las pérdidas, despedidas y separaciones, miedo al deterioro, a la soledad y al abandono, a la pérdida de sentido de la vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para otros y finalmente a la muerte.⁴¹

La relación interpersonal enfermera- paciente resulta útil para favorecer la expresión de sentimientos, actitudes y creencias del paciente, permitiendo la identificación de aspectos que llevan a explorar y comprender necesidades humanas como el bienestar espiritual que ayuda a la adaptación a la enfermedad y un mejor afrontamiento. Es un componente innato del ser humano que le motiva o le permite buscar un sentido a la vida, a preguntarse sobre el origen, su identidad, bienestar espiritual lo que fortalece las capacidades de adaptación de las diferentes situaciones vitales.⁴²

2.9 Estrategias y su importancia para la detección del estrés.

La evidencia científica existente reconoce que ciertas terapias complementarias son herramientas útiles que alivian los síntomas relacionados con el cáncer, los efectos secundarios del tratamiento y el estrés.

Cuando se usan junto con otros tratamientos contra el cáncer estándar, ciertas terapias complementarias pueden desempeñar un papel importante en el mejoramiento de la calidad de vida y la tranquilidad de una persona en general. Algunos estudios han demostrado que el uso de terapias puede ayudar a los pacientes a manejar mejor la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y reducir el estrés.

Los expertos clasifican la terapia complementaria en cinco categorías: Sensoriales, cognitivos, expresivos, físicos y médicos.

Las terapias complementarias sensoriales son las terapias que trabajan junto con los cinco sentidos: olfato, vista, gusto, oído y tacto, así como con la energía general del cuerpo, como son: la aroma terapia, terapia del paisajismo, la musicoterapia, los masajes, toque terapéutico, reiki, reflexología y la acupuntura.

La terapia cognitiva promueve la curación mente-cuerpo utilizando la energía positiva del pensamiento para facilitar la recuperación. Los tipos de terapia cognitiva incluyen: imaginología guiada, hipnoterapia, la oración, meditación, bioretroalimentación y la *relajación y respiración profunda*.

Las terapias expresivas son tratamientos en los que se alienta a los pacientes a expresar sus pensamientos. Se cree que las terapias expresivas alivian el estrés, al permitir al paciente liberar el miedo y la frustración de manera positiva y creativa. Estas terapias incluyen: la psicoterapia y la ayuda psicológica, grupos de apoyo, escribir un diario, terapia artística, ejercicio físico, yoga, Thai Chi, Qi gong.

Es importante mencionar que la mente y el cuerpo son uno solo, sin embargo debemos tener en cuenta que no solo se puede cuidar de un cuerpo, el cual su mente se encuentra dañada. La cuestión aquí es principalmente cuidar a un ser humano con

cáncer y no al cáncer de un ser humano,⁴⁵ es por ello se debe tener cierta flexibilidad, en diversos aspectos.

Las intervenciones psicosociales precoces mejoran la calidad de vida de las personas con cáncer ya que con ello se incrementa el buen humor y la vitalidad para seguir adelante, además de minimizar molestias como el dolor y así mejorar ajustes a su realidad. La evaluación de enfermería debe ser de extrema importancia, muchas veces las personas se bloquean y no dicen o expresan sus sentimientos, por ello el crear una relación de confianza con el profesional de enfermería ayuda mucho, ya que de acuerdo al nivel de estrés en que encuentre la persona va a trazar y priorizar sus intervenciones.

2.10 La utilización de la relajación como intervención.

La relajación no sólo es una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica, sino que incluso podemos aseverar que forma parte del acervo cultural propio de la historia de la humanidad. Y es que, de alguna manera, el hombre ha utilizado estrategias naturales de afrontamiento a las situaciones que le desbordaban por un exceso de activación con técnicas o procedimientos que le han permitido contrarrestar los efectos nocivos de la misma. No obstante, la investigación experimental ha permitido depurar y sistematizar una serie de métodos de relajación que son los más eficaces para la obtención de los beneficios que pueden conseguirse con esta técnica.

La utilidad de la relajación se basa en que conduce a la obtención de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto considera un beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica. De hecho, en muchos trastornos y enfermedades está implicado como uno de los factores responsables un exceso de activación (trastornos cardiovasculares, disfunciones gastrointestinales, fobias, etc.). En estos casos, la práctica de la relajación no solamente resulta útil, sino que suele estar presente en alguna de sus manifestaciones en el propio procedimiento terapéutico.

La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ajusta a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta.

Claro está que si la relajación es útil en terapia, debe ser importante considerar la efectividad de los métodos de entrenamiento en relajación. Autores como Jacobson, Wolpe, Schütz, Luthe, entre otros observaron datos fisiológicos y datos de auto informes que confirmaban que sus procedimientos de relajación cognitiva producían relajación y reducía el distres.⁵⁴

Hay evidencia de una investigación en el campo del entrenamiento en la relajación realizada por Cruces y Pereira. El objetivo de ese estudio fue describir la experiencia terapéutica con la técnica de entrenamiento en relajación progresiva, aplicada individualmente a seis pacientes de la Unidad de Salud Mental, con el método de Jacobson. Previo a dicho entrenamiento les administran a cada uno de los sujetos la escala de ansiedad de Hamilton (ver anexo 3) y se repitió al final del estudio con el fin de comprobar si se habían producido cambios en los síntomas, mostrándose un decremento significativo en los niveles de estrés, evidenciándose a través de los puntajes pre y post intervención arrojados por la escala.⁵⁵

Por otra parte, en un centro de salud en Vitoria, Albania Landa luce et al. Elaboran un estudio para demostrar que las sesiones de relajación son un procedimiento valido para superar el estrés, la ansiedad y la tensión. Utilizan el método de Schütz, de Jacobson y los reforzamientos positivos del método Silva. La población objeto de estudio estuvo formada en un 93.4% por mujeres y en un 6.6% por hombres, captados en la consulta médico-enfermera. Formaron cuatro grupos, tres de once personas y uno de doce. Según los resultados obtenidos a través de un cuestionario de valoración de los resultados, el 76% aprende a relajarse y creen que podrán hacerlos solos un 60%.⁵⁶

Mateos Rodilla a lo largo de algunos de sus trabajos, nos muestra la relajación como el arte de soltar, el desarrollo de las sesiones, las técnicas de relajación y su enseñanza. Así mismo, además de su aplicación a través de talleres en Atención Primaria, nos

ofrece los resultados derivados de la evaluación de cada sesión al finalizar el periodo de aprendizaje, para ello hace uso del análisis de tareas y de la observación sistemática de los ejercicios de relajación^{59, 60, 61}.

2.11 Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson (Ver anexo 2)

Esta técnica consiste en provocar una tranquilidad mental suprimiendo paulatinamente las tensiones musculares de todas las partes del cuerpo, provocadas por la ansiedad, estrés, presiones, y exceso de trabajo, ayudar mediante la tensión y la relajación muscular voluntaria, prestando especial atención a las sensaciones que se producen.

Esta técnica tiende a reducir el tono muscular y, en consecuencia, a disminuir la excitabilidad cerebral y a poner el córtex en reposo. De esta manera, se conseguirá evitar la pérdida de energía, además de tener un equilibrio mental, elemento de calma, disminución de la tensión y de la ansiedad, este método también puede liberar algunos problemas afectivos.⁵⁰

Jacobson demostró que el pensamiento y el estado emocional del paciente afectaban al nivel de respuesta muscular probando así una relación directa músculo - pensamiento - emociones. La relajación muscular progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo. El entrenamiento de esta técnica favorece una relajación profunda sin mucho esfuerzo permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado.

Hay un ser equilibrado y sano en nosotros, la tensión lo oculta, la relajación como técnica descubridora nos lo muestra. Si la tensión es el estado ordinario, la distensión es un estado extraordinario en que la conciencia se eleva por encima de la tensión. Con el método de Jacobson recobramos el control de los músculos voluntarios, Jacobson pone el acento en la sensación, no debemos solo tensar o relajar, sino prestar toda la atención a las sensaciones que se producen.

No basta sentir, es necesario discriminar con claridad los diversos estados posibles de tensión y relajación, aún más: pedirse aflojar más y más cuando creen que ha llegado al máximo, y ser capaz de distinguir que algo ocurre. Es preciso, en primer lugar ser capaz de reconocer la tensión muscular, cosa nada fácil, en lugares que apenas sienten, y en segundo lugar ser capaz de aflojar hasta ir eliminando toda tensión residual. Es un método que favorece un estado corporal más energético, favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno, implica hacerlo con el otro.

Todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación especialmente grata tras el entrenamiento en relajación progresiva y con la práctica la sensación se intensifica. Progresiva significa que se van alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continúa, poco a poco, pero cada vez más intensos, y más eficaces.

2.11.1 Historia de la Relajación Progresiva

El fisioterapeuta Edmund Jacobson es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo.

Jacobson descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de sus estudios fue la relajación progresiva, una descripción teórica de su teoría y procedimientos. Cuatro años antes se había escrito "Tú debes relajarte" como una versión para no profesionales del mismo material. Desde 1936 hasta los años sesenta, Jacobson continuó sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología Clínica de Chicago.

Desde 1962, el procedimiento básico de relajación incluyó quince grupos de músculos. Cada grupo era tratado en sesiones que iban de una a nueve horas diarias, antes de continuar con el grupo siguiente, con un total de 56 sesiones de entrenamiento sistemático.⁶⁹ Pero con el pasar de los años se fue modificando esta técnica hasta obtener una serie de ejercicios de fácil comprensión y aplicación.

Jacobson creó la relajación muscular progresiva, Wolpe la popularizó y Bernstein y Borkovec la estandarizaron para su manejo clínico e investigación.⁶⁸

2.11.2 Principios en los que se basa la técnica de Jacobson

- Reconocer hábitos que causan tensión y percatarse de la respuesta espontánea en acciones cotidianas.
- Tratar de inhibir el gesto habitual, pausándolo o retardándolo, ayuda a percatarse que existen más posibilidades distintas a la respuesta cotidiana, respuestas que pueden ser mucho mejores, como menos tensión, con más fluidez y ligereza.
- Conferir dirección a los pensamientos con el fin de dar movilidad a un cuerpo alongado y liviano

2.11.3 Beneficios de la técnica de Jacobson

La terapia de relajación progresiva tiene múltiples beneficios para la salud, tanto física como psicológica. Mediante estas técnicas, los músculos se relajan, el dolor asociado disminuye, así como se recuperan los tendones y ligamentos que puedan haber sufrido una lesión. La relajación afecta todos los sistemas del organismo de diferente manera. Siendo un gran ayudante para mejorar el estado de salud emocional y física⁵⁰

- Libera tensiones y contracturas musculares.
- Vasodilatación.
- Mejora la circulación.

- Disminuye la presión cardiaca
- Disminuye espasmos gástricos.
- Mejora la digestión.
- Disminuye cólicos y disurias
- Evita el gasto de energía innecesario
- Disminuye el estado de distrés

2.11.4 Indicaciones y Contraindicaciones de la técnica de Jacobson

Las técnicas de relajación son beneficiarias para todas las personas, pero quizás hay que detallar situaciones que precisarían la práctica de técnicas de relajación como método de prevención de otros problemas más graves o, simplemente para obtener un mayor estado de bienestar.

Indicaciones:

- Personas sometidas a sobrecargas físicas
- Distensión corporal.
- Como ejercicio útil para el desarrollo de las capacidades mentales.
- Para ejercitar estados creativos
- Como preparación a situaciones conflictivas o para después de ellas.
- Para el equilibrio emocional.
- Como técnica anti estresante tras el tratamiento médico.
-

Contraindicaciones:

- Enfermedades físicas graves.
- Recuerdos malos de la infancia
- Desmayos
- Ataques epilépticos
- Uso de fármacos psicodélicos
- Narcolepsia

2.11.5 Condiciones ambientales para una buena relajación

Lugar

“El mejor lugar de práctica evita en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales que puedan ser distractores, en un ambiente tranquilo, sin ruido, lejos de estímulos ambientales perturbadores, con una temperatura adecuada, luz moderada”. (Pérez, 2005)

La posición para la relajación

Podemos utilizar diferentes tipos de posiciones:

- Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en extensión y apartados del cuerpo.
- Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
- Sentados en una silla.
- Acostados en el piso, alfombra o madera.

La ropa

No utilizar prendas de vestir muy ajustadas, podrían interferir en el proceso de relajación o que sean fuente de tensión extra.

Accesorios

Es importante cuidar los artículos que puedan obstaculizar la técnica, como las gafas, pasadores, prendedores, broches de cabello, aretes estorbosos, etc. Se recomienda que te los quites y los coloquen a un lado o los guarden.

Por ningún motivo se puede mantener el teléfono móvil encendido durante la sesión. Todos estos aspectos deben de hablarse con el paciente y explicarle porque es importante abstenerse de ellos para lograr la efectividad con este procedimiento.

Recuerda tener en cuenta siempre:

- Tensar: de 15 a 20 segundos
- Relajar: 30 a 60 segundos

La tensión y la relajación son bilaterales, lo que se hace en el brazo izquierdo debe hacer en el derecho, lo mismo para piernas, pies, manos. Durante los ejercicios es posible que aparezcan pensamientos negativos. Déjalos pasar y sigue con la relajación.

La técnica está dividida en seis grupos musculares (ver anexo 2) los cuales son los siguientes:

- Grupo 1. (Manos y brazos)
- Grupo 2. (Hombros y nuca)
- Grupo 3. (Frente, ojos, nariz y sonrisa)
- Grupo 4. (Labios, mandíbula, lengua y cuello)
- Grupo 5. (Espalda, tórax y estomago)
- Grupo 6. (Cadera y pierna)

2.12 Técnicas respiratorias

La respiración es la base y el comodín de todas las técnicas de relajación. Y, por sí misma, es ya una de las técnicas más importantes. Un control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación psicofisiológicos provocados por estas.

Unos hábitos correctos de respiración completa y profunda (abdominal, torácica y clavicular) son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones.

El objetivo de la técnica de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de distrés.⁶²

Como quiera que la respiración es un proceso autorregulatorio de extraordinaria importancia, el organismo dispone de una serie de medidas para asegurar el correcto intercambio de gases que representa. Se trata de los mecanismos respiratorios naturales. Así, si durante un periodo más o menos prolongado ha habido una respiración deficiente, se producen una serie de conductas reflejas que permiten el necesario aporte de oxígeno. El conocimiento de estos mecanismos puede ser de extraordinaria utilidad para reconocer, ante su aparición, la presencia de una pauta respiratoria deficiente o inapropiada y favorecer, por consiguiente, la recuperación de un patrón adecuado. Algunos de los síntomas más característicos son los siguientes: bostezos, elevación de los hombros, estiramiento y suspiros.⁶⁵ Estas mismas respuestas pueden aparecer también durante la realización de los ejercicios respiratorios. (Ver anexo 1)

El bostezo se produce por una violenta contracción del diafragma que da lugar a un intercambio masivo de aire. Suele aparecer después de un periodo de tiempo más o menos prolongado de una respiración superficial (debido a la inactividad que produce el aburrimiento) o bien en los casos en los que se aporta menos oxígeno del que se necesita (como cuando se está cansado). Con la inhalación masiva de aire, el bostezo equilibra la eficiencia respiratoria. Después de su aparición es útil percatarse si ha cambiado cualitativamente la forma de respirar.

Otro de los mecanismos es la elevación involuntaria de hombros y omoplatos, que permite el ensanchamiento de la caja torácica, facilitando cualquier ejercicio de

inspiración. La elevación de hombros y omoplatos suele aparecer en cualquiera de los mecanismos respiratorios que estamos describiendo.

El suspiro es una inhalación lenta y silenciosa seguida de una exhalación repentina y ruidosa. También va precedido de un patrón deficiente de respiración.

Por último, el estiramiento facilita los movimientos de ensanchamiento necesarios para una profunda ventilación, así como evitar la disminución del tono muscular que induce a respiraciones cada vez más superficiales.

La inspiración correcta fisiológicamente es vía nasal (calienta y humedece el aire, filtra y elimina impurezas y gérmenes), de manera que es la que debemos utilizar en todos los ejercicios de respiración. La espiración adecuada fisiológicamente y la recomendable en relajación también es la nasal. No obstante, en los ejercicios para reeducar alteraciones de la dicción, para entrenar en el canto, o cuando interese forzar la actividad pulmonar, la espiración bucal es más importante que la nasal.

Los ejercicios pueden realizarse en decúbito prono, decúbito supino, decúbito lateral, sentado, o de pie. En cualquier caso debe vestir con ropas ligeras que no opriman, especialmente el abdomen y tórax.

3. Metodología

La elección del tema de indagación se inició mediante la realización del servicio social en el proyecto de investigación: **“PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y SU FAMILIA” con número de clave 2013-12/47-3975** el cual me impulso para tomar conciencia sobre este problema que a medida que pasa el tiempo se incrementa. Posteriormente se realizó la elección de tema y la recolección de bibliografía después de reunir todo el material publicado o inédito; artículos, estudios críticos, ensayos, documentos de archivo, libros, tesis, se procede a la elaboración de fichas bibliográficas, lectura del material consultado. Por último la delimitación y lectura detallada.

3.1 Variables

- Estrés
- Cáncer
- La relajación muscular progresiva.
- Terapia complementaria

3.2 Tipo y diseño

3.2.1 Tipo de tesina

El tipo de investigación documental que se realizó fue descriptiva, analítica.

3.2.2 Diseño de tesina

La investigación fue documental se elaboró mediante la búsqueda de artículos electrónicos en diversas fuentes electrónicas Scielo, Medigraphic, Imbiomedic, PubMed, Dialnet, Redalyc, sMeO utilizando los siguientes términos: epidemiología del cáncer de mama, “breast cáncer”, “epidemiology”, “biofeedback”, “stress”, “progressive muscle relaxation”, “relaxation”, “terapia complementaria”, “principies and practice of stress management”, “terapia cognitiva”, “relajación aplicada”, “relajación progresiva de los músculos”, limitando los artículos en inglés y español, finalmente se recopiló y analizó toda la información para elaborar el marco conceptual y referencial.

IV. Conclusiones

Si bien la enfermedad de cáncer de mama es una enfermedad física, su etiología es multicausal. La persona es una identidad bio-psico-social, compuesta de mente, cuerpo y emociones e inserta en un ambiente social determinado. Cualquier alteración de estos elementos puede afectar su salud; una enfermedad o situación traumática generadora de estrés que produce una gran alteración en la vida del individuo. Dolor y estrés son los síntomas que más afectan a las mujeres con cáncer de mama, tanto por el hecho de saber que padecen la enfermedad, así como también, por todas las reacciones secundarias que les genera los medicamentos y tratamientos.

Por lo expuesto a lo largo de este trabajo, la práctica frecuente de la técnica de Jacobson, logra que el cuerpo alcance una mejoría física y mental, contribuyendo la disminución del distrés ante condiciones de su enfermedad además de mejorar su calidad de vida.

Con la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson se logró reconocer y eliminar la tensión mental para que el cuerpo trabaje de forma adecuada y así ser un mediador en el alivio del distrés de la vida diaria, además de aportar conocimientos sobre como respirar de forma correcta, ayuda a mejorar y a mantener el equilibrio de la mente y el cuerpo.

El entrenamiento de relajación muscular progresiva resulto ser una opción de terapia complementaria y puede ser una efectiva intervención de enfermería para disminuir el estrés. Además esta intervención es de bajo costo y la técnica es fácil de enseñar. Por lo tanto considero que la relajación puede ser incorporada en la planeación del cuidado a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

V. Recomendaciones

- Es de mi interés poner énfasis, en la importancia que resulta la comprensión de la utilización de la técnica de relajación como intervención enfermera. No solo sería una más dentro del catálogo de intervenciones de enfermería, sino que como herramienta de cuidados, para proporcionar el desarrollo de la salud y facilitar el manejo del estrés.
- Destacar la utilización de la técnica de relajación muscular progresiva en enfermería a mujeres con cáncer de mama para que pueda ser una terapia complementaria del tratamiento, aplicarla y bajar los niveles de estrés.
- Es recomendable que los profesionales de enfermería conozcan la importancia de la utilización de la técnica de relajación muscular progresiva para poder aplicarlas a las mujeres con cáncer de mama y puedan utilizarlas de una forma grupal o individual, incluso poner en práctica la técnicas de relajación en el personal de enfermería para su mejor funcionamiento, ya que es una técnica de bajo costo y fácil de aprender y aplicar.

VI. BIBLIOGRAFIA

¹Knaul FM, López L, Lazcano E, Gómez H, Romieu I, Torres G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Pública México. 2009; [Citado 07-05-14]; 51(2) pp.S138-S140. Disponible en:

<http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/40%20SUPLEMENTO%20SALUD%20PUBLICA%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf>

²Organización Mundial de la Salud. *Cáncer*. Nota descriptiva N°297, Febrero de 2014.

[Citado 07-05-14]; Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

³OPS: FactSheet: Cáncer in Latin America and the Caribbean para cita epidemiología en Latino América. [Citado 07-05-14]; Disponible en:

http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=259

⁴Knaul FM, Arreola-Órnelas H y Tómatelo a pecho, A.C. seminario internacional “Cáncer de mama y Sobrevivencia: Retos y Respuestas” 8 de Octubre 2013. Ciudad de México. [Citado 19-05-14]; Disponible en:

<http://tomateloapecho.org.mx/Pdfs/Seminario%20081013/Resumen%20Sesiones%20081013.pdf>

⁵Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadística a propósito del día mundial del cáncer “INEGI 2012; 19 octubre 2013. [Citado 17-02-14]; Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2012/cancer07.pdf>

⁶Fuentes Efe salud. Aumentan los casos de cáncer de mama. 12 de diciembre de 2013.

[Citado 26-02-14]; Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/oms-la-incidencia-del-cancer-de-mama-aumenta-un-20-desde-2008/>

⁷Sociedad Mexicana de Oncología. (SMeO) en la lucha contra el cáncer. GAMO 2010;

[citado 25-06-14]; 9(1):1-2. Disponible en: <http://www.smeo.org.mx/>

⁸Barroilhet S, Furjaz MJ, Garrido. Concepto, Teorías y Factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Españolas Psiquiátricas 2005; [citado 19-01-14]; 33(6): 390-397. Disponible en:

http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2005/06/111060503900397.pdf

- ⁹Cooper, C.L. Psychosocial stress and cancer. Bulletin of the British Psychological Society. Diciembre 2000. [Citado 12-01-14]; 35: 456-459. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8234572>
- ¹⁰Slipak OE. Historia y concepto del estrés. Revista Argentina. 1991;[citado 12-01-14]; 3; 355-360. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- ¹¹Marnolete S. De la Mente a la Célula: Impacto del Estrés en Psiconeuroinmunoendocrinología. Libera bit 2009;[citado 12-01-14]; 15(2):143-152.Disponible en: http://www.huarochiri-peru.com/liberabit15_2/revista_liberabit_n15_8.pdf
- ¹²Slipak OE. Estrés (segunda parte). Revista Argentina 1991; [citado 12-03-14]; 4: 495-503. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- ¹³Bayes, R. Psicología oncológica. Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer. Revista Española. 2000; [citado 12-03-14]; 2: 207-211. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=87536>
- ¹⁴Slipak OE. Estrés (tercera parte). Revista Argentina 1992;[citado 12-03-14]; 1: 39-47. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- ¹⁵Mate J, Haldenstein MF, Gil FL. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente oncológico. Psicooncología 2004;[citado 19-03-14]; 1 (2-3): 221. Disponible en: http://www.clc.cl/areaacademica/pdf/MED_16_4/LaDepresionEnElContextoDeLaMedicina.pdf
- ¹⁶Jim H, Andrykowski M, Hunter P, Jacobsen P, Physical Symptoms side effects during breast cancer treatment predicts post treatment distress. Ann BreastMed 2007; [citado 23-06-14]; 34(2): 200-208. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/x5l62x6r13050236>
- ¹⁷Rebolledo ML, Alvarado S, Distrés y Cáncer. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2006;[citado 11-03-14]; 39(1): 53 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061h.pdf>
- ¹⁸ Labrador FJ, Bara E. La información del diagnóstico a pacientes con cáncer. Psicooncología 2004; [citado 19-01-14]; 1(1): 51-66. Disponible en: <http://147.96.1.15/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110051A.PDF>

- ¹⁹Baider L. Cáncer y Familia: aspectos teóricos y terapéuticos. RIPCS/ IJCHP 2003; [citado 12-04-14]; 3(1): 505-520. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
- ²⁰Mesquita ME, Magalhaes da Silva RM, De Almeida AM, Carvalho Fernández AF, Mota RC. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. Revista de Enfermería Global 2007; [citado 15-02-14]; 10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>
- ²¹Prieto FA. Psicología Oncológica. Revista profesional española de terapia cognitivo conductual 2004; [citado 25-01-14]; 2: 107-120. Disponible en: <http://aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncologica.pdf>
- ²²Valencia SC. Depresión en personas Diagnosticadas con cáncer. Revista perspectivas en psicología 2006; [citado 23-04-14]; 2(7): 241-257. Disponible en: http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_4/vol.2no.2/articulo_5.pdf
- ²³Amayra L, Etxeberria A, Valdosedra M. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Gaceta. Médica. Bilbao 2001; [citado 15-03-14]; 98: 10. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110067A.PDF>
- ²⁴Vallejos C. Evolución del tratamiento Médico del cáncer. Trabajo de incorporación 15 de diciembre 2005; [citado 23-01-14]. Disponible en: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/21evolucionvallejos.pdf
- ²⁵Groenvold M, Haggard M, Idle E, Bjarne J, Foyers P, Mourudsen H. Psychological Distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. BreastCancer Ros Freat 2007; [citado 12-02-14]; 105: 209-219. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/t4t37023g4175805/>
- ²⁶Sirera R, Sánchez PT, Campos C. Inmunología, Estrés y Depresión en Cáncer. Psicooncología 2006; [citado 08-02-14]; 3(1): 35-48. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF>
- ²⁷Erazo R. La depresión en el contexto de la medicina. Revista de Medicina Clínica. 2005; [citado 15-01-14]; 18(4): 183-192. Disponible en: http://www.clc.cl/areaacademica/pdf/MED_16_4/LaDepresionEnElContextoDeLaMedicina.pdf

- ²⁸Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H. Prevalence predictive factors, and screening for psychology distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cáncer* 2000; [citado 03-06-14]; 88(12): 2817-2823. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/0167-6806/105/2>
- ²⁹Cano A. Control emocional y estilo represivo en afrontamiento y cáncer: Ansiedad y Cáncer. *Psicooncología* 2005; [citado 17-01-14]; 2(1): 74. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120071A.PDF>.
- ³⁰Lugo J, Quintero G, Bacallao J, Fernández L, Sencho-Garnier H, Segures F. Validación Preliminar y aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Cubana de Oncología* 1998; [citado 28-05-14]; 14(3): 161-70. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc05398.pdf
- ³¹Ballesteros M, Cruzado JA, Lozano A, Sánchez P. Evaluación y tratamiento psicológico en un caso de cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo. *Psicooncología* 2005; [citado 13-04-14]; 2(1): 139-148. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120139A.PDF>
- ³²Vega ME, De Juan A, Almudena G López JM, López C, López A, Aspectos psicológicos de la toxicidad de quimioterapia. *Psicooncología* 2004; [citado 28-05-14]; 1(2-3): 137-150. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404120137A.PDF>
- ³³Del Maestro L, Constantini M, Meprasso G, Bonci F, Bergaglio M, Bunducci S, et al. Efecto de dos pautas de quimioterapia con intensidad de dosis distintas, sobre el Distrés psicológico, en pacientes con cáncer de mama inicial. *European Journal of Cancer*.2002; [citado 15-03-14]; 2: 254-261. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ejc2002/4/254-261.pdf>
- ³⁴Terol MC, López S, Rodríguez J, Pastor MA, Mora M, Martín M. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal en pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Manuales de psicología*.2000; [citado 19-03-14]; 16(2): 118. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/01-16_2.pdf
- ³⁵Rodríguez AL, Alvarado S. Impacto Psicológico de la comunicación en las salas de quimioterapia Ambulatoria, *Cancerología* 2009; [citado 22-04-14]; 4: 31-38. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/125754113.pdf>

- ³⁶Olivares ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana 2009; [citado 05-03-14]; 22: 29-48. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/799/79902205/79902205.html>
- ³⁷Maganto VV, Murillo M, Emoción y radioterapia. Revista electrónica de motivación y emoción 2007; [citado 23-03-14]; 11: 29-30. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero29/article4/texto.html>
- ³⁸Cruzado JA, Apoyo Psicológico en Oncología radioterápica. Oncología 2004; [citado 25-05-14]; 27(7): 408-411. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352004000700006&script=sci_arttext&lng=en
- ³⁹Fernández A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología 2004; [citado 17-02-14]; 1(2-3): 169-180. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404120169A.PDF>
- ⁴⁰Navas C. Espiritualidad y Salud. Saberes compartidos 2007; [citado 14-05-14]; 1: 34-42. Disponible en <http://servicio.cid.uc.edu.ve/cdch/saberes/a1n1/art5.pdf>
- ⁴¹Martínez MR, Méndez C, Ballesteros BO. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro Juvenales de Oncología. Universidad de Psicología. Bogotá 2004; [citado 18-03-14]; 3(2): 231-246. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29118201>
- ⁴²Gallegos M, Rendes D.E. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera- paciente. Revista de Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social 2008; [citado 13-04-14]; 16(2): 99-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>
- ⁴³Perez, J. Manual de fisioterapia, generalidades. España 2005; 1ª ed. [citado 13-06-14]
- ⁴⁴Almanza JJ, Juárez IR, Pérez S, Traducción, adaptación, y validación del termómetro del distrés con una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. Revista Sanidad Militar Mes 2008; [citado 25-01-14.]; 62(5): 209-217. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
- ⁴⁵Secoli SR, Pezo SM, Alves RMC, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. Índex Enfermería 2005; [citado 19-04-14]; 14(51): 34-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007&lng=es.pdf

- ⁴⁶Vallejos C. Evolución del tratamiento Médico del cáncer. Trabajo de incorporación 15 de diciembre 2005. [Citado 23-01-14]. Disponible en: <http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales2005/21evolucionvallejos.pdf>
- ⁴⁷Holland JC. The guideline for Distress management: A case for making. Distress the sixth vital sign. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. [Citado 19-02-14] Disponible en: [http://www.ucalgary.ca/files/drbarrybultz/NCCN5\(1\)2007.pdf](http://www.ucalgary.ca/files/drbarrybultz/NCCN5(1)2007.pdf)
- ⁴⁸ Almanza JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. Instituto Nacional de Cancerología 2000; [citado 15-01-14]; 46(3): 196-206. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cancer/e-ca2000/e-ca00-3/emca003>
- ⁴⁹Coronado L, García MA, Velásquez AG, Morales R, Alvarado S. Aspectos psicológicos del cáncer de pulmón Gaceta Mexicana de Oncología 2007; [citado 29-04-14]; 6(4): 104-108. Disponible en: http://www.smeo.org.mx/gceta/2007/GAMOV6_4_2007.pdf
- ⁵⁰Payne, R.A. Técnicas de relajación. Guía práctica. España 2005, 3ª edición. [Citado 25-06-14] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/146986/Tecnicas-De-Relajacion-Guia-Practica-8480192984>
- ⁵¹Valdes M, Flores T. Psicobiología del estrés. Conceptos y estrategias de investigación. 1ª ed. Barcelona: Ed. Martinez Roca. 1995.
- ⁵²Selye, H. The stress concept: past, present and future, in Stress Research. Edited by Cooper C L. Wiley. New York. 1986, [citado 17-08-14]; 1-20
- ⁵³Hamilton Scott CARES, Medicine complementary Cleveland clinic 2014. [Citado 10-08-14]; Disponible en: http://www.chemocare.com/es/complementary_medicine_es.asp
- ⁵⁴Rein king RH, Kohl ML. Effects of various forms of relaxation training on physiological and self-report measures of relaxation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Oct.1975; [citado 29-08-14]; 43(5): 595-600. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1100686>
- ⁵⁵Cruces Iglesias MC, Pereira Calviño. Enfermería en Salud Mental: entrenamiento en relajación. Boletín de Asociación Galega de Saude Mental 1997; [citado 29-08-14]; (28). Disponible en: <http://siso.chez.com/siso28/origin04.htm>
- ⁵⁶Albaina Landa luce E, Arbosa San Martin B, Diez Andrés A, Portillo Armentia MA, Sedano Garate MA. La relajación Una experiencia en Atención Primaria. Enfermería Científica. Mayo1993; [citado 17-05-14]; 1(134): 4-11.

- ⁵⁷Ansgar Conrad WTR. Terapia de relajación muscular para los trastornos de ansiedad: Funcionan, pero ¿Cómo? Journal Anxiety Disorders. Ed.Elsevier 2007; [Citado 28-08-14]; 21(3): 243-264. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618506001174>
- ⁵⁸Meichenbaum D. Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1987. [Citado 15-08-14]; Disponible en: <http://psyciencia.com/wpcontent/uploads/2012/12/Manualdeinoculaciondeestresocr.pdf>
- ⁵⁹Mateos Rodilla J. La relajación. El arte de aflojar y soltar. Revista Rol Enfermería. 2002; [citado 17-05-14]; 25(9): 22-27. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2835201>
- ⁶⁰Mateos Rodilla J. Talleres de relajación en Atención Primaria. Revista Rol Enfermería. 2003; [citado 17-05-14]; 26(1): 9-10 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=209946>
- ⁶¹Mateos Rodilla J. Evaluación de los talleres de relajación en Atención Primaria. Revista Rol Enfermería. 2003; [citado 17-05-14]; 26(3): 9-12 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=209945>
- ⁶²Méndez Carrillo FX, Olivares Rodríguez J, Quiles Sebastián M. Capítulo 1, Técnicas de relajación y respiración. En: Olivares Rodríguez J, Méndez Carrillo F, editores. Técnicas de modificación de conducta. 3ª ed. Madrid: biblioteca nueva; 2009. [Citado 10-08-14]; 27-60. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=126910>
- ⁶³Labrador FJ, De Arce F, Florit A. Entrenamiento en respiración frente a entrenamiento en relajación: diferencias en medidas psicofisiológicas. Análisis y Modificación de la Conducta. 1996; [citado 10-08-14]; 22(81); 93-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000200003&script=sci_arttext
- ⁶⁴Gonzalez de Rivera JL. Métodos autógenos en el tratamiento de las reacciones fóbicas. En: Guimón J, editor. Neurosis fóbicas. Barcelona: Geigy; 1974. [Citado 10-08-14]; 121-129. Disponible en: http://www.psicoter.es/_arts/74_C001_01.pdf
- ⁶⁵Lodes, H. Aprende a respirar. La guía más eficaz para vivir a pleno pulmón. Barcelona: Integral. 1990. [Citado 11-08-14]; 23(1): 70-78. Disponible en: http://formarseadistancia.eu/biblioteca/aprende_a_respirar.pdf
- ⁶⁶Formarse Ejercicios de respiración 2009 [citado 25-08-14] Disponible en: http://www.formarse.com.ar/ejercicios/ejercicios_respiracion.htm

⁶⁷Becerra Ana. La relajación un instrumento para la intervención enfermera. 2008 [citado 25-08-14]; 1(2) Disponible en: <http://www.faecap.com/i-congreso-nacional-mejorando-los-cuidados-enfermeros/talleres/la-relajacion-un-instrumento-para-la-intervencion-enfermera/>

⁶⁸Aguilar G, Musso A. La meditación como proceso cognitivo-conductual. Suma psicológica. 2008 [citado 29-08-14]; 15(1): 241—258. Disponible en: <http://redalic.uaemex.mx/pdf/1342/134212604010.pdf>

⁶⁹Bernstein, D. A.; Borkovec, T. D. Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions. 2000; Research Press, Champaign, IL [Citado 30-08-14] Disponible en: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=mgChy82zL6MC&oi=fnd&pg=PA1&dq=_Bernstein,+D.+A.%3B+Borkovec,+T.+D.+Progressive+Relaxation+Training:+A+Manual+for+the+Helping+Professions

⁷⁰Benedita, Claudia. Carvalho, Emilia. Titareli. A pilot study of relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Cáncer Nursing*. 2007 [citado 29-08-14]; 30(2); 164.

⁷¹Arakawa S. Relajación para reducir las náuseas, los vómitos y la ansiedad inducidos por la quimioterapia en pacientes japoneses. *Enfermería oncológica*. Octubre, 1997. [Citado el 20 de febrero 2014]; 20(5); 342-349 Disponible en: Pubmed. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

⁷²Molassiotis A, Yung HP, Yam BM, Chan FY, Mock TS. La eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva en la gestión de la quimioterapia inducida por náuseas y vómitos en pacientes con cáncer de mama chinas: un ensayo controlado aleatorio. *Support care cancer*. Abril 2002. [Citado el 19 de febrero 2014] 10(3); 237-246 Disponible en: Pubmed. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

⁷³Jacobson, E. Progressive Relaxation: A Physiological and Clinical Investigation of Muscular States and Their Significance in Psychology and Medical Practice. 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1974. Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1413507?uid=3738664&uid=2&uid=4&sid=21104219778441>

- ⁷⁴Servicio Murciano de Salud. Protocolo de Relajación. Salud Mental; 2004 [Citado 14-07-14]. Disponible en:
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/81305LIBRO_PROT_RELAJ.pdf
- ⁷⁵Azkoaga E. A. Gestión del estrés, autoestima y relajación. Comunidad Autónoma Vasca, 2010 [citado 14-07-14] Disponible en: <http://andarrat.free.fr/indice.htm>
- ⁷⁶Carbantes, J. D. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria; 2005. [Citado 14-07-14] Disponible en:www.faecap.com
- ⁷⁷Bernstein, D.A., Given, B.A. Progressive relaxation: abbreviated methods. Principles and practice of stress Management. Guilford Press, New York.2007 [Citado 15-07-14] 3(1); 88-124 Disponible en:
<http://books.google.com.mx/Progressive+relaxation:+abbreviated+methods.+Principles+and+practice+of+stress+Management>
- ⁷⁸Riley V. Mouse mammary tumors: alteration of incidence as apparent function of stress. Science. 08 Agosto 1975. [Citado 15-07-14]; 189(4201); 465-467. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/168638>
- ⁷⁹Wayner, L, Cox, T. & Mackay, C. El estrés, la inmunidad y el cáncer. En: D.J. Osborne, M. M; Gruenberg, y JR Eiser. Research in Psychology and Medicine. Nueva York: Academic Press. 1979; 1: 253-259. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001500010&script=sci_arttext

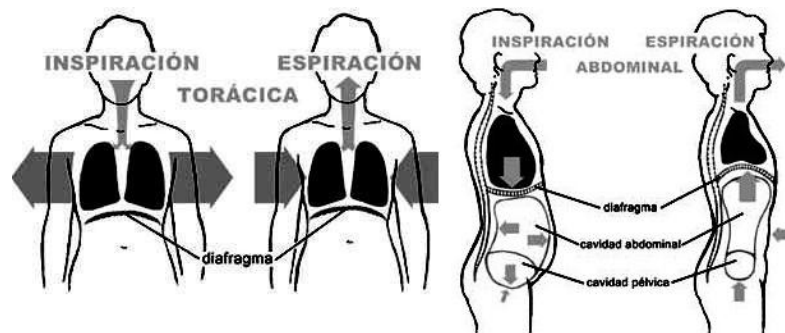
ANEXOS

ANEXO 1. APRENDIENDO A RESPIRAR

Previo al comienzo de los ejercicios deberemos aprender a respirar con tres puntos principales: el abdomen, el tórax y la clavícula.

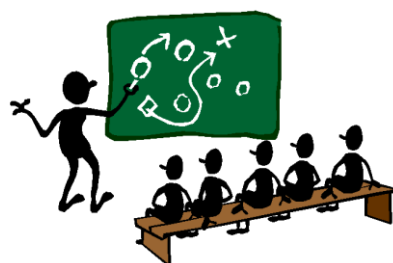
Respiración abdominal	Sitúa tus manos sobre tu parte abdominal e intenta inflar la barriga como si tuvieras una pelota mediante la inspiración. Después mediante la espiración desinfla esa pelota lentamente.
Respiración torácica	Sitúa tus manos sobre tu tórax en el pecho y mientras inspiras comprueba que la zona pulmonar se ensancha y sale hacia afuera y que mientras espiras vuelve a su posición original.
Respiración clavicular	Coloca tus manos sobre la clavícula un poco por encima de tu pecho y observa como al inspirar esa zona se sube y al espirar se baja.

Una vez que te hayas familiarizado con cada tipo de respiración, intenta realizar en un ciclo completo de inspiración (abdominal-torácica-clavicular) y espiración (clavicular-torácica-abdominal) siete veces antes de levantarte de la cama y siete veces al acostarte, lo más lento y profundo que te sea posible sin sensación de ahogo. No fuerces si no puedes.⁶⁶



La respiración es muy importante para el bienestar interior, además un correcto flujo asegura una relajación bien hecha.

Te recomiendo que practiques los siguientes pasos que te propongo hasta conseguir que tu respiración sea profunda, fácil y casi automática.



PASO 1

- ⌘ Comienza por inspirar en respiración completa contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- ⌘ Después contén la respiración contando 1, 2, 3, 4
- ⌘ Exhala contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- ⌘ Repite el proceso hasta que seas capaz de realizarlo con naturalidad.

Cuando seas capaz de dominar el paso anterior, vuelve a concentrarte para realizar el siguiente paso.

PASO 2

- ⌘ Inspira contando mentalmente 1, 2, 3, 4
- ⌘ Contén la respiración contando 1, 2, 3, 4
- ⌘ Exhala contando 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Notarás que ahora tienes que inspirar más profundo para luego ir soltando el aire necesario para llegar hasta el 8. Practica hasta que lo domines.

PASO 3

- ⌘ Inspira profundamente contando 1, 2, 3, 4
- ⌘ Mantén la respiración contando mentalmente 1, 2, 3, 4
- ⌘ Exhala contando 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Repite el proceso hasta que lo domines. Ahora cuando hayas dominado el paso anterior, llegamos por fin al resultado final que debes controlar perfectamente y que podrás utilizar siempre que quieras para relajarte.



El proceso es el siguiente:

- ⌘ Inspira contando mentalmente 1, 2, 3, 4
- ⌘ Contén la respiración contando mentalmente 1, 2, 3, 4
- ⌘ Exhala contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

Mientras estas aprendiendo los pasos 1, 2, y 3 tómallo con calma repítelos varias veces hasta que sientas que los controlas, pero si observas que te mareas o que te encuentras mal, déjalo hasta después de ocho horas.

Ten en cuenta que vas a oxigenar mucho el cerebro y como no estás acostumbrado te puedes marear.⁶⁶

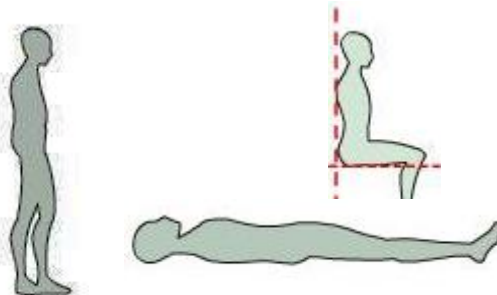
ANEXO 2. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Recomendaciones para una buena relajación:

- ⌘ *Lugar:* Un ambiente tranquilo, sin ruido, lejos de estímulos ambientales perturbadores, con una temperatura adecuada, luz moderada.



- ⌘ *La posición:* se puede utilizar parado, sentado ya sea en un sillón o en una silla, acostado en una cama, piso, alfombra o madera cualquier posición que te sea más cómoda.



- ⌘ *La ropa:* no utilizar prendas de vestir muy ajustadas, podrían interferir en el proceso de relajación o que sean fuente de tensión extra.
- ⌘ *Accesorios:* Lentes, broches de cabello, aretes estorbosos, etc., se recomienda que te los quites y los coloques a un lado.
- ⌘ *Por ningún motivo se puede mantener el teléfono móvil encendido durante la sesión.*

EN QUE CONSISTE LA TÉCNICA:

Está dividido en seis grupos musculares, de las cuales se tensaran durante 15 a 20 segundos (con fuerza, pero sin llegar acalambrarse) y se relajara de 30 a 60 segundos. La tensión y relajación son bilaterales. Durante los ejercicios es posible que aparezcan pensamientos negativos. Déjalos pasar y sigue con la relajación.

Grupo 1

Puños: Cierra los puños lo más fuerte que puedas y siente la tensión que esto produce. Después, interrumpe por completo y nota la diferencia entre la tensión y el relajamiento. Concéntrate en relajar los músculos.

Parte anterior de los brazos: Ahora dobla los brazos por los codos para tensar los músculos de la parte anterior de los brazos. Mantén esta posición y después deja de flexionar, deja colgar los brazos a lo largo de su cuerpo. Continúa desplegando los músculos y concéntrate en la sensación.

Parte posterior de los brazos: En esta ocasión debes extender los brazos todo lo rígidamente que puedas. Siente la tensión en la parte posterior de sus brazos y después interrumpe. Extiende los brazos a lo largo de tu cuerpo y sigue dejando que los músculos se relajen.



Ahora utiliza un minuto extra y concéntrate en todos los músculos de las manos y de los brazos, dejando que los sientas cada vez más y más profundamente relajados.

Repite el mismo ejercicio con el otro brazo.

Grupo 2

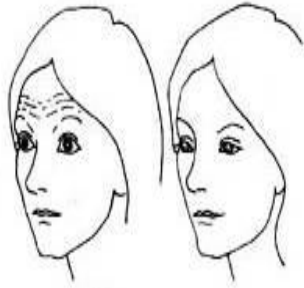
Hombros: Encoje los hombros, elevándolos hacia la nuca todo lo que puedas y sintiendo la tensión en ellos. Mantén esa misma posición y después interrumpe. Deja que tus hombros caigan y se desplieguen. Mantén esa sensación de dejarse llevar.

Nuca: Puedes tensar estos músculos apretando la parte posterior de la cabeza contra el respaldo del sillón o donde te encuentre situado, todo lo fuerte que puedas, Siente la tensión y después interrumpe, experimenta cómo tu cabeza descansa suavemente. Concéntrate en la sensación de la relajación profunda

Después, deja que se relajen por completo durante otro minuto los músculos de la nuca, hombros y brazos.



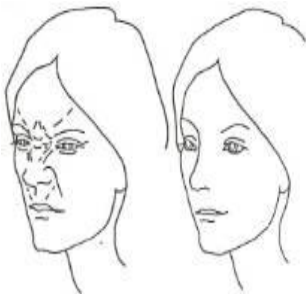
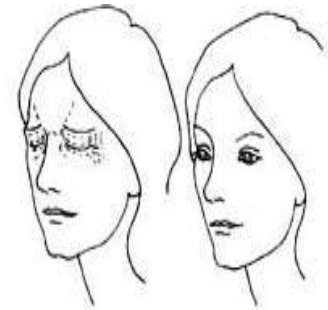
Grupo 3



Frente y cuero cabelludo: Pon en tensión estos músculos elevando las cejas. Trata de elevar las cejas todo lo que pueda y mantén esa misma posición. Siente la tensión y después interrumpe.

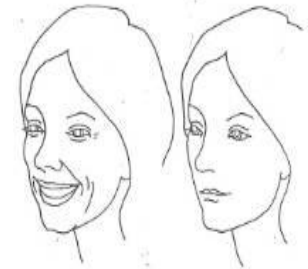
Tómate unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos. Es como si los músculos hubiesen desaparecido.

Ojos y entrecejo: Ponlos en tensión frunciéndolos todo lo fuertemente que puedas al mismo tiempo que cierra con fuerza los ojos y después interrumpe. Siente el alivio de dejarse llevar y sigue suavizando la caída de las cejas. Durante unos segundos concéntrate únicamente en estos músculos.



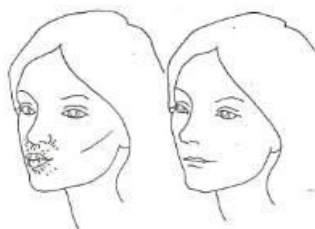
Nariz: Arruga tu nariz, el puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Pon mucha atención en estas zonas. Interrumpa, dejando toda la tensión fuera. Nota como ahora puedes sentir esos músculos como perdidos, sin tensión y totalmente relajados. Debes notar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación.

Sonrisa: Haz que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos. Los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes. Interrumpe inmediatamente los músculos de cada lado de las mejillas y cara.



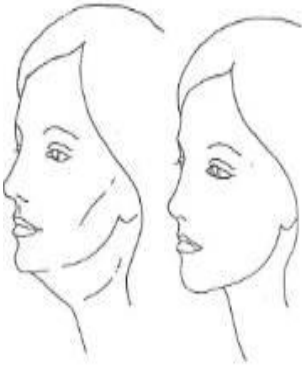
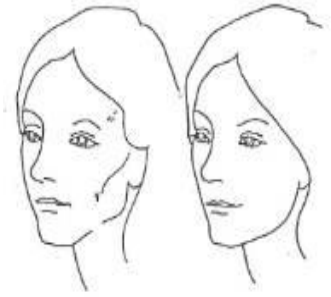
Nota la sensación que experimenta cuando todos estos músculos dejan de hacer presión, olvida toda la tensión para relajarte.

Grupo 4



Labios: Los músculos de los labios y del rostro pueden ser tensados presionando ligeramente los labios. Mantén esa posición y después interrumpe. Deja que sus labios descansen juntos y sigue notando la sensación

Mandíbula: Puede ser tensada apretando los dientes, sienta la tensión en la mandíbula y después relaja los músculos. Finalmente, separe ligeramente los dientes, de modo que no se produzca ninguna tensión en la mandíbula y se sienta el alivio.

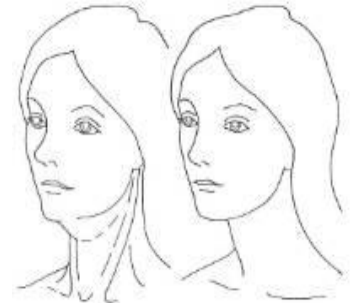


Lengua: Coloca tu lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de la boca. Fíjate en el lugar donde sientes la tensión (dentro de la boca, en la lengua, así como en los músculos que están debajo de la mandíbula) interrumpe este grupo de músculos, deja caer la lengua sobre la boca.

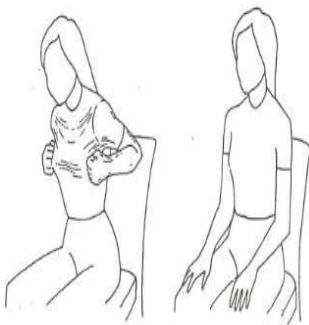
Pon especial atención a las zonas que estaban particularmente tensas, y comprueba cómo se encuentran ahora. Nota cómo sientes relajarte estos músculos. Experimenta la diferencia entre tensión y relajación.

Cuello: Aprieta y tensa su cuello. Intenta tocar con la barbilla el pecho, pero al mismo tiempo ofrezca resistencia. Comprueba dónde sientes la tensión. Concéntrate en las zonas que ahora están tensas. Interrumpe inmediatamente.

Nota lo que siente a medida que esos músculos llegan a estar más y más relajados. Concentra tu atención en las sensaciones asociadas con la relajación que fluye por tus músculos.



Grupo 5



Espalda: Eleva los hombros como si intentaras tocar con ellos las orejas, pero al mismo tiempo ofrezca resistencia. Nota dónde siente particularmente la tensión (en los hombros y algo más debajo de la mitad de la espalda).

Suelta inmediatamente la tensión, llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original.

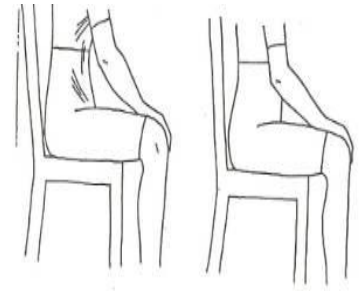
Piensa solamente en las sensaciones agradables de la relajación. Suelta esos músculos y nota cómo se sienten ahora comparados con antes.

Tórax: Tensa y pon rígido el pecho, intenta constreñirlo como si quisieras reducir sus pulmones. Nota dónde siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho).

Interrumpe de inmediato y nota cómo desaparece la tensión en estos músculos. Ahora están relajados, experimenta la diferencia entre la tensión y la relajación.

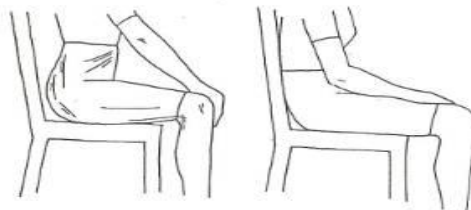
Estómago: Tensa fuertemente los músculos de tu estómago comprimiéndolos hasta que lo ponga tan duro como una tabla. Nota dónde sientes la tensión (en el ombligo y alrededor de este, en un círculo de unos diez centímetros de diámetro). Interrumpe bruscamente hasta que su estómago vuelva a su posición natural.

No olvides que la idea es tener una zona de su cuerpo muy tensa para que puedas notar la tensión en esa zona y la puedas relajar hasta identificar los músculos que estás relajando.



Grupo 6

Debajo de la cintura: Tensa todos los músculos que están debajo de la cintura, incluyendo los glúteos. Debes sentir como si se elevara de la silla. Debes notar que también se tensan las piernas un poco. Observa las zonas particularmente tensas (trasero, muslos). Interrumpe inmediatamente. Presta atención únicamente a las sensaciones de relajación a medida que tiene lugar este proceso.



Piernas: Eleva horizontalmente su pierna derecha arqueando el pie hacia atrás en dirección a la rodilla. Debes ejercer el máximo grado de tensión. Comprueba dónde sientes la tensión (trasero, pantorrilla, muslo, rodilla y pie). Interrumpe inmediatamente todas estas zonas y baja la pierna rápidamente hasta que el pie derecho descansa sobre el suelo, relaja también la rodilla.

Asegúrate que tus piernas están en posición de relajación. Disfruta de las sensaciones de los músculos a medida que se aflojan, se alisan, se calman y se relajan más y más profundamente. Siente las sensaciones de la relajación profunda, completa en esos músculos. Experimenta la diferencia entre tensión y relajación.

Repite el mismo ejercicio con la pierna izquierda.



Todo el cuerpo: Durante los dos o tres minutos siguientes concéntrate en relajar todos los grandes músculos. Siente cómo se va hundiendo cada vez más y más profundamente en la camilla, sofá o sillón mientras tu cuerpo se hace más y más pesado y te relajas cada vez más profundamente. Mantén esa sensación en la mente todo lo vívidamente que puedas, sintiendo cómo se va relajando más y más. Durante este período mantén los ojos cerrados y trata de ver en tu mente la imagen agradable. Al cabo de unos pocos minutos abre los ojos y vuelve a mover el cuerpo lentamente. Después levántate y reanuda su rutina diaria.

¿Para qué te sirve practicarlos?

Cuando te encuentras con distrés, ocasionadas por nuevas situaciones que se experimentan como resultado del diagnóstico y tratamiento para el cáncer de mama. Ciertos músculos de tu cuerpo están tensos. Si puedes aprender a identificar estos músculos podrás relajarlos y experimentarás una sensación opuesta a la tensión. Consiste en poner tensos ciertos músculos del cuerpo y después relajarlos.



Los mismos músculos que tensas deliberadamente son los que se ponen tensos cuando está con distrés. Si aprendes a tensar ciertos músculos de tu cuerpo, conseguirás identificarlos cuando estén tensos; después aprenderás a relajarlos.



Al cabo de cierto tiempo podrás relajarte en cualquier situación que te provoque distrés.

Vas a usar la relajación como una técnica de autocontrol para el resto de tu vida, *antes* de una situación que te produzca distrés, *durante* la situación, *mientras* estás estresado, y *después* de una situación displacentera si todavía sientes estrés.



Hacer relajación dos veces al día o en cualquier momento en que la necesites te ayudará a mantener un nivel bajo de distrés, te ayudará a dejar de sentir miedo de las cosas nuevas y te ayudará también a perder el miedo a ciertas situaciones, así como ayudar a la eliminación del insomnio.



ANEXO 3. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre _____ Fecha _____
Unidad/Centro _____ N° Historia _____

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos.

Puntos de corte:

- 0-5 Ausencia de ansiedad
- 6-14 Ansiedad leve
- 15 o más: Ansiedad moderada/ grave

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios.	0	1	2	3	4

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACION TOTAL	

ANEXO 4. ESCALA DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY

Diseñada para medir el nivel de actividad del paciente y las necesidades de atención médica. Se trata de una medida general de la autonomía del paciente y ha sido ampliamente utilizado como evaluación general del paciente con cáncer.

Valor	Nivel de capacidad funcional	Definición
100	Normal, sin quejas, sin evidencia de enfermedad	Capaz de realizar una actividad y trabajo normal; no necesita de cuidados especiales
90	Capaz de realizar una actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad	
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.	
70	Se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo	Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia
60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades	
50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes.	
40	Incapacitado, requiere cuidados y asistencia especial.	Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente.
30	Severamente incapacitado, la hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente.	
20	Es necesaria la hospitalización, muy enfermo, tratamiento activo de soporte es necesario	
10	Moribundo, proceso fatal, progresando rápidamente	
0	Muerte	