

Beatriz Corona Gómez

REACCIÓN ANSIÓGENA ANTE LAS VENOPUNCIONES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: INTERVENCIÓN GRUPAL

ANXIETY REACTION ABOUT VEIN PUNCTURES TO THE ONCOLOGICAL PATIENT: GROUP INTERVENTION

Autor: Beatriz Corona Gómez

Centro de Trabajo: Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora

Fecha del Trabajo: 24/04/2006

Resumen:

El cáncer es una de las enfermedades con mayor prevalencia e incidencia en nuestro entorno. Sabemos que actualmente es la primera causa de muerte entre los hombres, y la segunda en las mujeres de nuestro país.

Un gran número de los pacientes oncológicos, deben someterse a tratamiento con quimioterapia, y es éste el punto de interés para nuestra investigación.

Por un lado sabemos que la fobia a las agujas, es una patología bastante corriente, aproximadamente el 10% de la población mundial sufre fobia a las agujas, aunque son muy pocos los pacientes que precisan de ayuda, la mayor parte de ellos no deben someterse de forma cotidiana a tratamientos parenterales.

Quizás en el caso de este tipo de pacientes, por el conjunto de factores intervinientes, tanto físicos como psicológicos, sería más acertado hablar de respuesta ansiógena ante las punciones, que de fobia a las agujas.

Se trata de la realización de un programa multicomponente de intervención, que comprende la integración en el momento de la venopunción de las distintas intervenciones en las que se va a instruir al paciente. Para ello se utilizarán técnicas de respiración profunda, relajación progresiva, exposición y autoinstrucciones.

- El objetivo de mi proyecto es el poder mejorar la calidad de vida del paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia, que sufre reacciones ansiógenas ante las venopunciones, para la administración de citostáticos. Además se intentará evaluar la eficacia de las técnicas descritas para la disminución ó eliminación de la ansiedad.

Para la realización del proyecto se ha elegido un estudio cuasiexperimental, antes y después, donde se contará con dos grupos, uno experimental y otro control.

- El proyecto consta de 3 fases:

Pre-intervención: inclusión de los pacientes en el estudio y preparación del personal de enfermería de la unidad, dotándoles de las estrategias adecuadas para poder guiar al paciente en el momento de la venopunción.

Intervención: entrenamiento al paciente en técnicas cognitivo-conductuales.

Post-intervención: análisis y comparación de resultados. Se utilizará un registro antes y después de la intervención, que evaluará las conductas ansiógenas en el momento de la venopunción. Finalmente se establecerá una comparación de medias entre ambos grupos, una vez finalizada la intervención en el grupo experimental.

Palabral clave: reacción ansiógena, paciente oncológico, exposición, relajación progresiva, enfermera especialista en salud mental.

Beatriz Corona Gómez

Abstract:

Cancer is one of the illnesses with most prevalence and incidence in our environment.

We know that cancer is the first cause of death among men and the second cause of death among women in our country. A big number of the oncological patients have to undergo chemotherapy treatment, and this is the point of interest to our investigation. On the one hand, we know that needle phobia is a very common pathology, approximately 10% of the world population suffers from needle phobia, but only a few of the patients require to be helped, since most of them do not have to undergo parenteral treatments daily. Perhaps in this kind of patients, due to both physical and psychological factors that take part, it would be better to talk about 'anxiety' response to puncture than talking about needle phobia. It is about to carry out a multicomponent intervention program that comprises the integration at the moment of the vein puncture on the different interventions that the patient will be instructed with techniques such as deep breathing, progressive relaxation, exposition and auto-instructions. The objective of my project is to improve the quality of life of the oncological patient undergoing chemotherapy treatment and suffering from anxiety response to vein puncture, to the administration of drug therapy, as well as evaluate the efficiency of the techniques described before for the decrease or elimination of anxiety.

For the achievement of the project, a cuasiexperimental study has been chosen, before and after, where there will be two groups, an experimental one and a control. The project consists of 3 phases: Pre-intervention: inclusion of the patients in the study and preparation of the nursing staff of the unit, providing them with suitable strategies to be able to guide the patient at the moment of the vein puncture. Intervention: training of the patient on cognitive-behaviour techniques. Post-intervention: analysis and results comparison. A register will be used before and after the intervention, it will evaluate the anxiety behaviour at the moment of the vein puncture. Finally, once the intervention is finished in the experimental group, a comparison of averages between groups will be established.

Key words: anxiety reaction, oncological patient, exposition, progressive relaxation, nurse specialized in mental health.

Beatriz Corona Gómez

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El cáncer es actualmente una de las enfermedades que mayor preocupación causa tanto a nivel de la comunidad como de las propias instituciones. Actualmente es la primera causa de muerte entre los hombres y la segunda entre las mujeres de nuestro país.

Se trata de una enfermedad caracterizada por la división y el crecimiento descontrolado de las células. La palabra cáncer abarca más de 200 tipos de enfermedades. Sin embargo, debemos entender el cáncer ó enfermedad neoplásica como un proceso multifactorial, donde no sólo se incluyen fundamentos biológicos comunes, sino inmunológicos, endocrinos, neurológicos, psicológicos y psiquiátricos. **[1]**

Actualmente se considera el cáncer como una enfermedad crónica, que conlleva una modificación del curso natural de la vida del individuo en sus actividades diarias, trabajo, relaciones y roles familiares, y un elevado grado de estrés psicológico para el paciente. Este estrés se manifiesta principalmente en forma de ansiedad y depresión, y está relacionado principalmente con la incertidumbre sobre el diagnóstico, la agresividad del tratamiento, la falta de control social y personal, el deterioro físico progresivo, y la idea de muerte próxima. **[2]**

Se estima que la prevalencia del cáncer en nuestro país, se encuentra alrededor del 25% de la población, aunque debemos tener en cuenta la no existencia de un registro de cáncer de la Población Nacional. Existen registros a nivel provincial o autonómico, que a través de sus estimaciones reúnen la incidencia del cáncer de la población española.

Debemos señalar las importantes diferencias en cuanto a la prevalencia del cáncer, en función de la distinta localización de los tumores.

A todos estos factores debemos añadirle el que, la mayoría de los pacientes oncológicos son sometidos a sesiones de quimioterapia, tratamiento que genera malestar emocional en muchos enfermos.

Esto se produce fundamentalmente por dos factores, por un lado por la gravedad de la enfermedad, y por otro, por los múltiples efectos secundarios del propio tratamiento, que contribuyen a que el paciente desarrolle sentimientos de indefensión y pérdida de control.

Se estima que más del cincuenta por ciento de pacientes de cáncer en tratamiento con quimioterapia presentan disforia anticipatoria en los días previos a la administración del citostático. Podemos definir la disforia anticipatoria como una sensación de malestar general que incluye estado de ánimo depresivo, ansiedad e inquietud que aparece los días previos al tratamiento y desaparece tras la administración del fármaco. **[3]**

Distintos estudios publicados demuestran que la mayor parte de los pacientes en tratamiento con quimioterapia, pueden experimentar alguno de los siguientes procesos: **[4]**

1. Distrés emocional.
2. Sintomatología física.
3. Deterioro de su forma cotidiana de vida.
4. Temores relacionados con la evolución de la enfermedad o la muerte.
5. Temor a los distintos procedimientos médicos.

Beatriz Corona Gómez

Además de la aversión que presentan algunos de los pacientes a la quimioterapia, en ocasiones se observan respuestas de ansiedad o temor intenso ante procedimientos médicos, uno de los casos más habituales se da ante la administración rutinaria de inyecciones. Se ha comprobado que los fármacos para el dolor y la ansiedad son generalmente inefectivos en estos casos, añadiéndose el posible riesgo de abandono del tratamiento.

Las respuestas ansiógenas ante los procedimientos médicos, puede que sean el compendio de todos los miedos y temores a los que éstos pacientes se enfrentan. Las experiencias de estrés emocional a las que estos pacientes se ven sometidos son realmente elevadas, y probablemente les sea más fácil definir el miedo a situaciones tan concretas como las que describimos en el proyecto, que poner de manifiesto las dudas y temores existenciales acerca de la vida y la muerte.

Los tratamientos propuestos para el abordaje de las reacciones ansiógenas, se basan en la disminución de la ansiedad, puesto que es ésta, la respuesta emocional más frecuentemente observada. **[4]**

La NANDA define la ansiedad como una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen es con frecuencia desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. **[5]**

La ansiedad como cualquier otra emoción implica al menos 3 componentes, modos o sistemas de respuesta:

1. Componente cognitivo: está relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados a la ansiedad: la persona ansiosa experimenta sensaciones de nerviosismo, pensamientos negativos, inseguridad, incapacidad para concentrarse, temor o desamparo.
2. Componente fisiológico: la ansiedad se expresa a través de manifestaciones del sistema nervioso autónomo, tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, elevación de la tensión arterial, palpitations, tensión muscular, sequedad de boca, molestias en el estómago, sudores o temblores entre otros.
3. Componente motor o conductual: corresponde a los componentes observables de la conducta que implica variables como la expresión facial, los movimientos o posturas corporales, conductas de irritabilidad, llanto, huida, falta de iniciativa o imposibilidad para realizar ciertas tareas.

La ansiedad es la respuesta emocional más estudiada, dentro del campo de las emociones principalmente por autores como Selye y Lazarus.

A diferencia de la reacción ansiógena, los trastornos fóbicos se caracterizan por una aversión irracional o desproporcionada a objetos, actividades o situaciones específicas, que provocan un fuerte deseo por evitar los estímulos correspondientes e interfiriendo en mayor o menor medida en el funcionamiento normal de la persona. La reacción aversiva suele caracterizarse por dos situaciones concretas: los comportamientos de evitación y el intenso temor a la confrontación. **[6]**

Beatriz Corona Gómez

En el caso de la ansiedad, sabemos que son las mujeres las que puntúan más en los test, y presentan unas tasas de prevalencia en los trastornos de ansiedad mucho más elevadas. Las mujeres por lo general, duplican a los varones en el porcentaje de personas afectadas por trastornos de ansiedad, tan solo el TOC y la fobia social rompen esta tendencia.

En este caso, cuando hablamos de reacción ansiógena ante las venopunciones para la administración de citostáticos, nos encontramos con que los pacientes no sufren ansiedad ante las agujas en general, sino sólo en aquellos casos en los que las técnicas de punción están relacionadas con su patología cancerosa.

La fobia a las agujas, también denominada fobia sangre-daño-heridas, es aquella que aparece ante la presencia de sangre, heridas, recibir inyecciones o ser sometido a algún procedimiento médico ó quirúrgico. En algunos casos la fobia se extiende a todo lo relacionado con el medio hospitalario.

La reacción fóbica se caracteriza por tener un efecto bifásico, con taquicardia inicial, producida por el estímulo del sistema simpático y luego se produce una bradicardia con una hipotensión o bajada abrupta de la presión arterial, que puede llevar a la lipotimia o al desmayo.

La fobia del tipo sangre-inyecciones-daños, es un trastorno que tiene una frecuencia que oscila entre el 3% y 4% (Bienvenu y Eaton, 1998; Fredrikson, Annas, Fischer y Wilk, 1996; Hagopian, Crockett y Keney, 2001). Si hacemos referencia al miedo común a las inyecciones hayamos una prevalencia del 12% de la población. Suelen tener comienzo en la edad temprana, predominando significativamente en el sexo femenino (4:1). También se ha demostrado la influencia de antecedentes familiares (presente entre el 60%-70% de los pacientes) así como las experiencias previas desagradables. **[7]**

El personal de enfermería ocupa un lugar privilegiado para poder ayudar a los pacientes a afrontar con eficacia los efectos de la ansiedad. El manejo satisfactorio de las pequeñas angustias diarias es la clave para prevenir los complicados problemas mentales que surgen como expresiones inadaptadas de la ansiedad.

Independientemente del origen del malestar ante la venopunción para la administración del citostático, (bien sea una fobia a las agujas o una consecuencia psicológica de su proceso neoplásico) lo que realmente nos interesa, es la mejora de la calidad de vida en estos pacientes. Para el tratamiento de este tipo de reacción ansiógena, utilizaremos algunas de las terapias que ya se han visto eficaces en el tratamiento de las fobias a las agujas.

Por un motivo u otro, este tipo de pacientes sufren una alteración mental, que en otro tipo de enfermos es de fácil resolución, con la aplicación de intervenciones encaminadas al control de la ansiedad y el temor.

Las técnicas que se han utilizado principalmente son el entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática y técnicas de exposición.

Beatriz Corona Gómez

Es importante señalar que apenas existen estudios referidos al paciente oncológico, donde se aborde el tema de las respuestas ansiógenas ante procedimientos médicos o invasivos. La aportación más significativa es la llevada a cabo por Jay y colaboradores. Se trata de un paquete cognitivo-conductual para niños sometidos a aspiraciones de médula ósea y punciones lumbares. El objetivo es reducir el distrés y el dolor asociado a estas intervenciones, empleándose cinco componentes: modelamiento filmado, entrenamiento en respiraciones, visualización/distracción, ensayo de conducta y reforzamiento positivo. Finalmente se halló una reducción significativa no sólo de las manifestaciones conductuales de distrés sino también en las medidas de autoinforme de dolor. El paquete se comparó con un grupo de pacientes a los que se les administró diazepam y con un grupo control que recibían mínima atención. Se observó que el fármaco había ayudado a reducir el distrés, pero no fue tan efectivo como la técnica cognitivo-conductual. **[8]**

Spiegel y colaboradores realizaron un estudio longitudinal experimental de 10 años de seguimiento, sobre los grupos de apoyo en el paciente oncológico. Este estudio documentó, que el grupo experimental que recibió la intervención de grupo de apoyo aumentó anualmente su nivel de adaptación y redujo alguno de los síntomas de la enfermedad, como el dolor. **[8, 9]**

Meyer y Mark mostraron que las intervenciones psicosociales con pacientes oncológicos son eficaces, mejorando significativamente la adaptación a la enfermedad.

Sehard y Maguire, mediante un estudio de metaanálisis demostraron la eficacia de diferentes intervenciones psicosociales en los estados depresivos y ansiosos, disminuyendo ambos síntomas. **[8,10]**

Sin embargo es necesario la realización de más estudios. Durante mi búsqueda bibliográfica no he encontrado ningún artículo relacionado con las respuestas ansiógenas ante las punciones, o la fobia a las agujas y el paciente oncológico.

Los trabajos en los que he apoyado mi revisión bibliográfica se han centrado fundamentalmente en el tratamiento de las fobias a las agujas, puesto que es ésta la patología que presenta una mayor asociación con la elegida para el estudio.

Los autores que más han publicado sobre la hematófobia son Ösy y colaboradores, basándose los tratamientos empleados, en la exposición al sujeto al estímulo fóbico.

Öst, Sterner y Fellenius (1989) compararon en una muestra de 30 pacientes con fobia a la sangre la eficacia de la tensión aplicada frente a la relajación y la combinación de ambas, hallando que los 3 tratamientos resultaban igualmente eficaces. **[8,11]**

Baralt y Dolan (1985) utilizaron la desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva para tratar el caso de un adolescente diabético con fobia a las inyecciones autoadministradas. El programa constaba de 7 sesiones, tras las cuáles el paciente fue capaz de inyectarse insulina una media de 12 veces por semana. **[8,12]**

En otros estudios también han utilizado la desensibilización mediante movimientos oculares rápidos para tratar a pacientes con miedos médicos, fobia a la sangre y a las inyecciones (Kleinknecht, 1993). **[8,13]**

Beatriz Corona Gómez

La combinación de terapia cognitiva e hipnosis, según informa Medd (2001) sobre tres casos tratados con estas técnicas, también resulta eficaz reduciendo el miedo a las inyecciones. **[8,14]**

Debemos tener en cuenta que son escasos los estudios rigurosos con pacientes fóbicos, la mayor parte de las observaciones y publicaciones encontradas han sido realizadas en otro tipo de pacientes, fundamentalmente en donantes de sangre con desmayos, personas sometidas a tratamientos dentales o sujetos expuestos a películas violentas.

Con respecto a los distintos procedimientos que pueden utilizarse para el tratamiento de las fobias a las agujas, son diversos los artículos que hablan del éxito de la utilización de terapias aplicadas en otro tipo de fobias, sin embargo no se han llevado a cabo estudios experimentales controlados.

Lo que si hemos observado, es que tanto para el tratamiento de la fobia como de una posible disforia anticipatoria, o reacción de ansiedad, las intervenciones cognitivo-conductuales son técnicas que ya han sido constatadas en anteriores estudios.

Informes presentados de estudios de casos, hablan del éxito de técnicas de exposición ante el estímulo fóbico, en imaginación y en vivo, aplicados de forma gradual, sin embargo se expone el fracaso en el intento de la utilización de desensibilización sistemática. **[15]**

Hemos seleccionado las técnicas de relajación, las autoinstrucciones, las respiraciones profundas y la exposición, por su demostrada eficacia en trastornos de ansiedad. Quizás la mayor innovación del proyecto es su realización en terapia grupal, no existiendo estudios previos donde se hayan realizado este tipo de intervenciones.

Para este proyecto se ha pensado en una intervención grupal, porque podría facilitar el establecimiento de una red de personas que estén pasando por situaciones similares, pudiendo producir una reestructuración cognoscitiva modificando sus estrategias de afrontamiento. **[1]**

Hablamos de un grupo estructurado de pocos miembros, con un objetivo concreto, que proporcione interacciones personales. La participación en el grupo compartiendo la experiencia del cáncer con el resto de los participantes tiene efectos positivos, ya que ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y mejora de su adaptación emocional.

La intervención grupal, tiene 4 objetivos fundamentales: 1) facilitar la expresión de sentimientos y experiencias acerca de la vivencia del cáncer; 2) facilitar el apoyo mutuo entre los participantes; 3) informar formalmente sobre la enfermedad y sus opciones de tratamiento; 4) ayudar y dotar de estrategias adecuadas a los miembros del grupo, a que conozcan las vías de mejora de sus estilos de afrontamiento y de resolución de problemas. **[2]**

El principal objetivo de la aplicación de estas intervenciones cognitivo-conductuales, es conseguir que el paciente adquiera las estrategias necesarias que les ayudarán a valorar la situación, modificar su conducta y evaluar su actuación. Esto conlleva una gran motivación por el logro de reducir o eliminar sus respuestas desadaptativas de ansiedad, permitiendo eliminar una carga asociada a su proceso oncológico y mejorando consecuentemente su calidad de vida.

Beatriz Corona Gómez

En nuestro proyecto se ha considerado la importancia del papel desarrollado por la enfermería en su práctica diaria, tanto la desempeñada por las enfermeras generalistas de la unidad, como la que podría llevar a cabo una enfermera especialista en salud mental.

El equipo de enfermería desarrolla un papel fundamental, en cuanto a los cuidados de éstos pacientes. El profesional de enfermería, por su formación, está capacitado para prestar asistencia al individuo, familia y comunidad, para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las patologías mentales, y ayuda para la readaptación. Su principal función es la de ayudar al paciente a recuperar aquellas parcelas que previamente se han identificado como anómalas o deficitarias. Se dispone de un valioso tiempo de relación con los pacientes, participando en el establecimiento de los cuidados y las atenciones desde los puntos de vista físico y psicológico. Esta relación tiene un sentido básico de mutuo enriquecimiento, fomentando al enfermo la aceptación de su situación y reforzando su propia identidad.

Por otro lado destacar el papel del enfermero/a especialista en salud mental, que define su campo de trabajo como, "un área especializada de la práctica enfermera, que emplea sus teorías de la conducta humana como su ciencia y hace uso intencionado del yo como su arte. Su función está encaminada a tener un impacto tanto preventivo como correctivo sobre los trastornos mentales y sus secuelas, y se preocupa de la promoción de una óptima salud, elemental para la sociedad." **[16]**

El personal de enfermería debe hacer frente a las necesidades de salud mental de sus pacientes. Uno de los fundamentos de la profesión es la asistencia holística de la persona.

En los últimos años se está considerando la importancia de que el paciente logre una buena adaptación psicológica, además del tratamiento médico de la enfermedad. De alguna forma, esto se ha puesto de manifiesto con el progreso y desarrollo de la psico-oncología.

La psicooncología atiende y trata a los pacientes afectados de cáncer y a sus familias. Estudia las relaciones entre las variables psicológicas y sociales, el inicio y la progresión de la enfermedad cancerosa. Se encarga de la prevención, explicación y tratamiento, estudia la influencia de los factores psicológicos en la aparición de la enfermedad neoplásica y de las reacciones psicológicas del paciente canceroso, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

En muchas ocasiones, los problemas psicológicos o psiquiátricos que desarrollan los pacientes, se inician como respuesta natural al tratamiento, sin embargo, con un tratamiento continuado y repetidas hospitalizaciones puede que los problemas aparezcan independientemente de los factores que inicialmente los provocaron.

En función de las propias características del paciente, esto puede derivar en fuertes reacciones de ansiedad ante los procedimientos médicos y el personal sanitario, así como excesivas demandas al mismo, o la familia.

Beatriz Corona Gómez

Es necesario tener en cuenta el estado emocional y mental del paciente, como siente sus problemas y con que recursos y apoyos cuenta para resolverlos. Todo ello es aplicable al paciente sometido a cirugía o tratamiento médico, así como las personas diagnosticadas de alguna enfermedad, en nuestro caso, el padecimiento de un cáncer. [17]

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las enfermedades que mayor preocupación está ocasionando en la actualidad, tanto a nivel ciudadano como de las instituciones sanitarias.

Son muchos los aspectos que están en desarrollo e investigación sobre esta patología, sin embargo durante todo este tiempo, se están dejando a un lado aspectos tan básicos e importantes, como el tratado en este proyecto y que además supone una gran preocupación tanto para el paciente, como para el profesional de enfermería.

Son muchos los pacientes que de forma habitual tienen que someterse a distintos tratamientos de quimioterapia, de los cuales, la gran mayoría se administran vía parenteral, además también es esta vía la elegida para otros tratamientos de soporte como por ejemplo la administración de hemoderivados.

Tras una intensa búsqueda bibliográfica apenas he encontrado artículos, investigaciones o proyectos relacionados con la fobia a las agujas o las respuestas ansiógenas ante las punciones y concretamente, su relación con el paciente oncológico está vacía.

A pesar de la ausencia de la bibliografía señalada, es cierto que en la práctica diaria los profesionales de enfermería se encuentran con múltiples pacientes que presentan ansiedad ante la canalización de una vía. Podemos pensar que es una de las muchas consecuencias psicológicas del tratamiento quimioterápico. Además, una consecuencia de importancia de la quimioterapia, es que causa un efecto destructor sobre los accesos venosos del paciente en tratamiento, lo que en muchas ocasiones también genera ansiedad. El paciente en ocasiones, se ve sometido a varios intentos fallidos para la canalización de la vía.

Independientemente de los motivos que originen esas sensaciones de ansiedad, lo que sí es cierto, es que los profesionales de enfermería no disponemos de los métodos adecuados para poder aliviar a estos pacientes.

Este ha sido el punto de mayor motivación para la realización de mi proyecto, puesto que es un campo donde enfermería en salud mental puede desarrollar una importante labor, con intervenciones básicas y de fácil realización, y que podrían ayudar a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

El campo referido a las respuestas desadaptativas ante los procedimientos de inserción de catéteres venosos, es uno de los menos estudiados, quizás porque todo lo relacionado con las venopunciones y otro tipo de vías parenterales, ha estado siempre muy ligado a la enfermería y ésta ha sido, sin duda alguna, la función enfermera menos desarrollada a lo largo de su historia.

Es necesario apostar por el abordaje del paciente oncológico dentro del marco de la colaboración y el trabajo multidisciplinario, lo que aseguraría una asistencia sanitaria de calidad al paciente oncológico.

Beatriz Corona Gómez

Con este proyecto de investigación se pone de manifiesto el importante papel del enfermero especialista en salud mental, que, teniendo en cuenta la concepción biopsicosocial del ser humano, tiene cabida en cualquier tipo de especialidad médica, no sólo en el campo psiquiátrico, así como la importancia de la existencia de una enfermería de enlace que facilite el reconocimiento de aquellos pacientes que presenten una necesidad en su salud mental.

BLIBIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- 1.** García MJ. *Utilidad de la metodología grupal en pacientes laringectomizados para mejorar su calidad de vida: Un ensayo clínico*. Nure Investigación [revista en Internet]; 2004 julio-agosto [acceso 26 de febrero del 2006]; Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>
- 2.** Zabalegui A, Sánchez S, Sánchez PD, Juando C. *Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática*. *Enferm Clin*. 2005; 15(1): 17-24.
- 3.** Hart PS, Yanny W. *Needle phobia and malignant vasovagal syndrome*. *Anaesthesia*. 1998 Oct; 53(10):1002-4.
- 4.** Pellicer X, Salvador L. *Terapia de conducta en oncología*. En cuadernos de medicina psicosomática. 1990; 13, 6-20
- 5.** NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación*. 1ª ed. Madrid: Elsevier, 2004.
- 6.** Hart PS, Yanny W. *Needle phobia and malignant vasovagal syndrome*. *Anaesthesia*. 1998 Oct; 53(10):1002-4
- 7.** Nieto B, Mas B. *Tratamiento de "aplicación de tensión" en un caso de fobia a la sangre*. *Acción psicológica 2*. 2002, 185-193.
- 8.** Espada JP, Méndez X, Orgilés M. *Tensión aplicada y exposición gradual en un caso de fobia a las inyecciones*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004 May, 4, 002: 425-438.
- 9.** Spiegel D. *Group counselling in cancer. Proceedings of American cancer society's. Third National Conference on Human Values Cancer*. 1981. p.123-28.
- 10.** Sheard T, Maguire P. *The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses*. *Br J Cancer*. 1999; 80: 1770-80.
- 11.** Öst LG, Sterner U y Fellenius J. *Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia*. *Behaviour Research and Therapy*. 1989; 27:109-121.
- 12.** Baralt AR, Dolan JD. *Systematic desensitization and cognitive restructuring in the treatment of a self-injection phobia*. *Journal of Rehabilitation*. 1985; 21:35-37.

Beatriz Corona Gómez

- 13.** Kleinknecht, R. A. *Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization.* Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry.1993; 24, 3: 211-217.
- 14.** Medd, D.Y. *Fear of injections: The value of hypnosis in facilitating clinical treatment.* Contemporary Hypnosis. 2001; 18: 100-106.
- 15.** Labrador F, Garoz A, Fernández O. *Evaluación y tratamiento de un caso de fobia a la sangre-heridas.* Anal Modif Conducta. 1999, 25, 641-669.
- 16.** Cook JS, Fontaine KL. *Conceptos de Enfermería en Salud Mental.* Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Madrid: Interamericana-Mcgraw-Hill, 1993. pag. 46.
- 17.** Morrison M. *Habilidades terapéuticas del cuidador.* Fundamentos de enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Madrid: Harcourt, 2002. pag 110
- 18.** Bernstein D, Borkovec T. *Entrenamiento en relajación progresiva.* 10ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 1999.
- 19.** Novel G, Lluch MT, Miguel López de Vergara MD. *Métodos alternativos para mejorar el bienestar del paciente.* Enfermería psicosocial y salud mental. 1ª ed. Barcelona: Masson SA, 2003.
- 20.** Cautela JR, Groden J. *Técnicas de Relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial.* 1ª ed. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
- 21.** Bienvenu OJ, Eaton W. *The epidemiology of blood-injection-injury phobia.* Psychological Medicine. 1998, 28, 1129-1136.
- 22.** Borda M, Baez C, Echeburua E. *Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre.* Anal modif Conducta.1993, 19, 66: 583-607.
- 23.** American Psychiatric Association. En: Juan J. López-Ibor Aliño, director/ Manuel Valdés Miyar, coordinador. DMS-IV. 4ª ed.Barcelona: Masson, 1995.
- 24.** Pellicer X, Roca X, Salvador L, Solé LA, Sánchez-Turet M. *Tratamiento conductual de la disforia anticipatoria en pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia.* Anal Modif Conducta, 1995; 21 (76) 225-247
- 25.** Borda M, Antequera R, Blanco A. *Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematófobia.* Boletín de Psicología. 1996, 50: 67-86.
- 26.** Vázquez MI, Buceta JM. *Las características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas; y sus posibles implicaciones terapéuticas.* Psiquis.1990, 11, 3: 42-47
- 27.** Kannan S, Potti DR. *Managing the needle-phobic obstetric patient.* Hosp. Med. 2000 Jan; 61(1):72
- 28.** Jacobsen PB. *Treating a man with needle phobia who requires daily injections of medication.* Hosp Community Psychiatry. 1991 Sep, 42(9):877-8

Beatriz Corona Gómez

HIPÓTESIS

1. Las técnicas de relajación progresiva, exposición, respiraciones profundas y autoinstrucciones, llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental, y el psico-oncólogo, reducirán al menos en un 10% las respuestas ansiógenas del paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia, en el momento de la venopunción.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la eficacia de la relajación progresiva, las respiraciones profundas, la exposición y las autoinstrucciones, utilizadas en el paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia que presenta reacción ansiógena en el momento de la venopunción para la administración de citostáticos.

Objetivos específicos:

1. Disminuir y/o eliminar los pensamientos anticipatorios negativos.
2. Fomentar estrategias de afrontamiento ante las situaciones de ansiedad (estímulo fóbico)
3. Aumentar las sensaciones de control ante las situaciones de ansiedad.

METODOLOGIA:

■ **Tipo de diseño:** cuasiexperimental: antes y después, con grupo control.

■ **Periodo de estudio:** 1 año.

■ **Ámbito de estudio:**

Hospital de Día Médico, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, servicio de oncología. Comunidad Autónoma de Cantabria.

■ **Sujetos de estudio:**

• **Población:**

Pacientes con enfermedad neoplásica en tratamiento con quimioterapia, que acudan por primera vez al Hospital de Día Médico, del HU Marqués de Valdecilla. Según los datos de la Memoria del 2004, en esta unidad se administraron 10.380 tratamientos onco-hematológicos durante dicho año. Es importante tener en cuenta que los sujetos reciben distintos tipos de tratamientos en función de diferentes factores como: localización del tumor, estadio, superficie corporal del paciente, estado físico o edad entre otros.

Beatriz Corona Gómez

■ Criterios de exclusión:

1. Pacientes que estén en tratamiento quimioterápico paliativo.
2. Pacientes en estadio M1.
3. Pacientes menores de 20 años o mayores de 70.
4. Pacientes con dificultades para el aprendizaje.
5. Aquellos pacientes que falten a más del 10% de las sesiones programadas.
6. Pacientes con tto. Ansiolítico.

■ Selección de la Muestra:

Estará compuesta por los pacientes oncológicos que acuden al Hospital de día para recibir tratamiento quimioterápico, su inclusión será accidental, mediante un muestreo consecutivo durante 2 meses correlativos, incluyéndose 30 pacientes en cada uno de los grupos.

Serán las enfermeras del HDDM las que se encarguen de la elección de los sujetos de la muestra, previa información del estudio y consentimiento informado.

■ Variables

• Variable Independiente:

Intervención grupal en técnicas de relajación, exposición, respiraciones profundas y autoinstrucciones. **(ANEXO 1)**

• Variable dependiente:

REACCIÓN ANSIÓGENA ANTE LA VENOPUNCIÓN:

Se trata de una respuesta emocional que cursa con malestar o amenaza ante la canalización de una vía venosa para la administración de citostáticos, con manifestaciones en los diferentes niveles de respuesta de la persona, fisiológico, conductual, y cognitivo. **[20, 28]**

• Variables intervinientes:

1. Edad: expresada en años
2. Sexo: hombre/mujer
3. Experiencias previas traumáticas.
4. Antecedentes familiares: existencia de algún miembro familiar, con el mismo tipo de ansiedad ante las agujas.

Beatriz Corona Gómez

RECOGIDA Y ANALISIS DE DATOS

- **Muestra:** debido a la ausencia de investigaciones previas sobre el tema seleccionado, para poder basar la estimación del tamaño muestral, llevaremos a cabo un estudio piloto con 30 pacientes en cada uno de los grupos (experimental y control).

No podemos establecer el periodo de reclutamiento de la muestra, puesto que aún desconocemos el número de la misma.

Durante la primera sesión de quimioterapia, la enfermera de la unidad del Hospital de Día, será la encargada de informar a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y no de exclusión, de la posibilidad de participar en la investigación.

Una vez que el paciente acepte, se establecerá una entrevista personal con la enfermera especialista en salud mental. Ella será la encargada de informar detalladamente al paciente sobre el proyecto, y una vez confirmados los criterios de inclusión y no de exclusión y firmado el consentimiento informado, se procederá a la asignación del paciente al grupo experimental ó control, mediante un listado de números aleatorios, generado por el paquete estadístico GlaxoSmithKline C4- Study Desing Pack para Windows.

- **Mediciones:** una vez que hayamos identificado a los sujetos adecuados para su inclusión en nuestro estudio, se incluirá en la historia clínica del paciente un registro, donde se recogerán las observaciones directas que observe la enfermera en el momento de la canalización de la vía, para la administración del citostático.

Este registro se realizará antes y después de la intervención en ambos grupos.

Se trata de un registro estandarizado que recoge los comportamientos típicos en una respuesta ansiógena, tanto a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. **(ANEXO 2)**.

Está basado en la observación directa del paciente y su comportamiento en el momento de la venopunción.

Nuestro registro de observación directa mide el número de conductas relacionadas con una reacción ansiógena desadaptativa, llevadas a cabo por el paciente en el momento de la venopunción. Cuanto mayor número de conductas presentes, reflejará un mayor nivel de ansiedad.

El registro será cumplimentado por la enfermera de la unidad una vez haya realizado la canalización de la vía venosa, basándose en la observación directa.

La primera medición se realizará en la sesión de quimioterapia siguiente a la inclusión del paciente en el estudio.

Una vez que el grupo experimental haya concluido la intervención, en la siguiente sesión de quimioterapia (tanto de los sujetos del grupo experimental como control), la enfermera de la unidad procederá a la cumplimentación por segunda vez del registro.

Beatriz Corona Gómez

Con la puntuación media y la desviación estándar se procederá al cálculo del tamaño muestral. Se procederá a una comparación de dos medias independientes, considerando un intervalo de confianza del 95%, una potencia del 80%. Se establecerá una mejoría estimada del 10% en el grupo experimental sobre el control. El porcentaje de pérdidas que se estima es del 10%.

Para la realización del registro, nos hemos basado en la Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad, reflejando los comportamientos más representativos y habituales en el momento de la punción. Es una escala de heteroevaluación que explora el área del estado de ansiedad. Consta de 14 cuestiones, cada una con una puntuación de 0 a 4. La evaluación se efectúa mediante una entrevista voluntaria, preguntando al paciente acerca de los síntomas aparecidos en la semana precedente. **(ANEXO 5)**

● **Análisis de datos:** aquellos pacientes del grupo experimental que falten más del 10% de las sesiones programadas, serán excluidos del análisis de datos.

Para analizar la eficacia de la intervención, se procederá a la comparación de las medias obtenidas en ambos grupos, en los dos momentos de la medición.

Suponemos que la mejoría estimada en el grupo experimental sobre el control (disminución de las conductas ansiógenas en el momento de la venopunción), se debe a la intervención, y no al proceso de aprendizaje en el tiempo. Puede que aparezca una mejora debido a la habituación del paciente a las sesiones de quimioterapia, disminuyendo las respuestas ansiógenas ante la situación previamente temida. Este factor podría ser objeto de estudio en nuevos proyectos.

Analizaremos también las pérdidas de seguimiento de los sujetos incluidos en el estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Las principales amenazas de nuestro estudio son:

1. La mortalidad.
2. La selección: es aquí donde se encuentra la principal amenaza de nuestro proyecto, para ello se intenta controlar los sesgos de selección, con la correcta adecuación del diseño. Debemos tener en cuenta que al aumentar el tamaño muestral, suponemos que hay una distribución equitativa en ambos grupos con respecto a las variables.
3. Las interacciones: abandono del proyecto por empeoramiento físico y/o psíquico, hospitalización...
4. Solo se mide la eficacia de la intervención.
5. Dificultad de la representación de los sujetos elegidos.
6. Dificultad en la generalización debido a la selección ó a la rigidez de la intervención.
7. La realización de nuestro proyecto, supondría la inclusión de un profesional en el servicio que actualmente no está presente en el ámbito de estudio, la enfermera especialista en Salud Mental.

Beatriz Corona Gómez

8. Factores externos que influyen sobre la ansiedad: disminución de la ansiedad por adaptación a lo largo del tiempo, empatía, factores personales y habilidades de las enfermeras para la venopunción.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Si se demuestra la hipótesis planteada en nuestro estudio, podríamos mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia. Por otro lado podríamos contribuir a la prevención de nuevos casos de reacciones ansiógenas derivados del propio tratamiento y de las continuas técnicas invasivas empleadas.

Sería posible la estandarización de las terapias expuestas, para poder utilizarse como intervención en el cuidado de los pacientes.

Este podría ser un nuevo campo de actuación para la enfermera especialista en salud mental, que actualmente se encuentra muy limitado en su actuación fuera del marco propio de la psiquiatría.

PLAN DE TRABAJO

• CRONOGRAMA

Contacto con el centro y sus profesionales.....	2 meses
Reclutamiento de la muestra (estudio piloto).....	2 meses
Fase de intervención.....	5 semanas
Análisis de datos	2 meses
Comunicación de resultados.....	4 meses

• DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

▪ Fase pre-intervención: (4 meses)

Se trata de la puesta en contacto con el Hospital y la unidad en cuestión para poder obtener los permisos correspondientes y llevar a cabo nuestro proyecto.

Preparación del equipo de enfermería de la unidad. Se dotará a los profesionales de enfermería de las estrategias oportunas para que puedan servir de guía y apoyo al paciente en el momento de la venopunción.

Durante esta fase se procederá a la elección de los sujetos que van a formar parte del estudio piloto. Las enfermeras de la unidad se encargarán de la selección de aquellos pacientes que acudan al Hospital de Día por primera vez para la administración de tratamiento con citostáticos, y que cumplan con los criterios de inclusión, y no de exclusión. Se establecerán entrevistas individuales con cada uno de los pacientes previamente seleccionados por las enfermeras generalistas. De esta forma el paciente recibirá información exhaustiva acerca de la participación en la investigación, se comprobará el cumplimiento de los criterios de inclusión y no de exclusión, y se procederá a la firma del consentimiento informado. Se incluirán a 30 pacientes en cada uno de los grupos (experimental y control), la distribución de los mismos se realizará mediante la dotación de números aleatorios.

Beatriz Corona Gómez

En esta primera fase, se procederá a la realización del primer registro de conductas ansiógenas en el momento de la venopunción. Llevada a cabo por la enfermera de la unidad.

▪ Fase de intervención: (5 semanas)

Para asegurar una correcta intervención, dividiremos al grupo experimental para la realización de las sesiones en dos subgrupos, con 15 pacientes en cada uno de ellos, ambos subgrupos recibirán la misma intervención.

El grupo experimental realizará 10 sesiones de técnicas cognitivo-conductuales grupales, consistentes en técnicas de relajación progresiva, respiraciones profundas, autoinstrucciones y exposición. Las sesiones tendrán una duración aproximada entre 60 y 90 minutos.

Las intervenciones de relajación, respiraciones y autoinstrucciones serán llevadas a cabo por la enfermera especialista en salud mental.

La exposición será llevada a cabo por el psicooncólogo y por la enfermera especialista en salud mental. El psicooncólogo se encargará de la exposición imaginada y la enfermera especialista en salud mental realizará los talleres propuestos, apoyada por el psicooncólogo.

Las enfermeras de la unidad, serán las encargadas de ayudar al paciente a poner en práctica las técnicas enseñadas durante las distintas sesiones, en el momento de la canalización de la vía venosa.

▪ Fase post-intervención: (6 meses)

Será realizada por la enfermera especialista en salud mental, se trata de la recopilación e interpretación de los datos obtenidos para poder establecer una serie de conclusiones.

Una vez que hayan finalizado la intervención en el grupo control, se procederá a la repetición del registro, en ambos grupos. Para ello la enfermera generalista de la unidad, procederá a la realización del registro de conductas ansiedad con cada uno de los pacientes en su próxima sesión de quimioterapia.

Para el establecimiento de conclusiones se procederá a la comparación de medias en ambos grupos, una vez finalizada la intervención sobre el grupo experimental. Se establecerá una consulta con un experto en bioestadística para asegurar el correcto análisis e interpretación de los datos.

Número de sesiones: 10

Periodicidad: 2 sesiones por semana

Duración de cada sesión: 60-90 minutos

Duración total: 5 semanas

Profesionales: 2 terapeutas. Enfermera especialista en Salud Mental y Psico-oncólogo.

Lugar de realización: Hospital de Día Médico Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.

Beatriz Corona Gómez

SESIÓN	CONTENIDO
1	INTRODUCCION EXPLICACIÓN ANSIEDAD EXPLICACIÓN DEL TTO. A SEGUIR ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN Y RESPIRACIONES TAREA PARA CASA
2	DUDAS Y COMENTARIOS EXPOSICIÓN Y ELECCIÓN DE 3 SITUACIONES RELACIONADAS CON LA RESPUESTA ANSIÓGENA ANTE LA VENOPUNCIÓN ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN Y RESPIRACIONES PROFUNDAS TAREA PARA CASA
3,4 Y 5	DUDAS Y COMENTARIOS ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN Y RESPIRACIONES PROFUNDAS AUTOINSTRUCCIONES EXPOSICIÓN IMAGINADA (DE LAS SITUACIONES ELEGIDAS CON ANTERIORIDAD) TAREA PARA CASA
6	DUDAS Y COMENTARIOS TALLER 1: ACERCAMIENTO A LAS DISTINTAS TÉCNICAS PARENTERALES EXISTENTES, UTILIDAD Y BENEFICIOS ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN, AUTOINSTRUCCIONES Y RESPIRACIONES. TAREA PARA CASA
7	DUDAS Y COMENTARIOS TALLER 2: ACERCAMIENTO AL MATERIAL DE VENOPUNCIÓN ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN, RESPIRACIONES Y AUTOINSTRUCCIONES TAREA PARA CASA
8	DUDAS Y COMENTARIOS TALLER 3: CANALIZACIÓN DE UNA VÍA EN UN MUÑECO. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN, RESPIRACIONES Y AUTOINSTRUCCIONES. TAREA PARA CASA.
9	DUDAS Y COMENTARIOS TALLER 4: VÍDEO, CANALIZACIÓN DE VÍAS/EXTRACCIONES DE SANGRE ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN, RESPIRACIONES Y AUTOINSTRUCCIONES TAREA PARA CASA
10	DUDAS Y COMENTARIOS ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN, RESPIRACIONES Y AUTOINSTRUCCIONES EVALUACIÓN DEL PACIENTE DE LA INTERVENCIÓN Y PROFESIONALES, POSIBLES SUGERENCIAS

Beatriz Corona Gómez

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR:

- 1 Enfermera Especialista en Salud Mental.
- Enfermeras generalistas de la unidad del Hospital de Día Médico.
- 1 Psico-oncólogo.

RECURSOS DISPONIBLES

Los medios disponibles, están relacionados directamente con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y con la unidad del Hospital de Día Médico y sus prestaciones:

- Sala grupal, para la realización de la intervención.
- Material para la canalización de vías, extracción de sangre y otras técnicas parenterales.
- Psico-oncólogo, profesional del Hospital de Día Médico.
- Equipo de Enfermería del Hospital de Día Médico, que contribuirán en el reclutamiento de los pacientes, así como guiando al paciente en el momento de la venopunción.
- Recursos audio-visuales: TV, vídeo/DVD, equipo de música.

AYUDA SOLICITADA

- Cintas de audio de relajación para cada uno de los pacientes que integren el grupo de intervención.
- Colchonetas, para la realización de la relajación.
- Material de papelería.
- Asistencia al congreso nacional para la divulgación de los resultados obtenidos.
- Becario para la participación en el estudio: 1 enfermera especialista en salud mental.
- Consulta con un experto en bioestadística para la correcta aplicación de la metodología y la interpretación de los resultados.

PRESUPUESTO SOLICITADO

EUROS

A) GASTOS DE PERSONAL:

1 Becario para la realización de la realización del estudio: Enfermera Especialista en salud Mental	10.000
Consulta con experto en bioestadística	200

B) GASTOS DE EJECUCIÓN:

Cintas de audio de entrenamiento en relajación Progresiva	200
Colchonetas	200
Material de papelería	1.000

C) VIAJES Y DIETAS

Participación en el Congreso Nacional de Salud Mental, para la divulgación de los resultados obtenidos	1.000
--	-------

TOTAL 12.600

ANEXO 1

1) EXPOSICIÓN

La exposición, es un tipo de terapia del comportamiento en la cuál se expone a la persona de modo gradual ante la situación o el objeto temido.

Es una de las formas de psicoterapia que ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de las fobias específicas. Se trata de un tipo de terapia conductual desarrollada originalmente por Joseph Wolpe.

En este tipo de terapia, el psicoterapeuta desensibiliza al paciente del estímulo fóbico utilizando una exposición programada, gradual y progresiva al mismo tiempo.

Sería comparable a las desensibilizaciones que se utilizan en el tratamiento de las alergias en el cual se le inyectan al paciente pequeñas cantidades de alérgenos de forma repetida. Según esta corriente terapéutica el paciente aprende a volverse fóbico a algún objeto o situación en particular y, en consecuencia, puede reaprender a perderle el miedo si se utiliza la técnica apropiada.

Se enseña al paciente distintas técnicas para controlar la angustia y/o ansiedad desencadenada ante la exposición al estímulo que provoca fobia (por. ej. técnicas de relajación o control respiratorio). **[18, 19, 20]**

2) TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PROGRESIVA

Esta técnica fue creada por el médico Edmon Jacobson en 1929. Se basa en el principio que, cuando la persona aprende una relajación muscular profunda reduce la tensión corporal y la ansiedad que experimenta. La técnica está dirigida a la reducción de distintos síntomas como: la tensión muscular, la ansiedad, la fatiga, dolores corporales de origen muscular, la irritación crónica, el tartamudeo y las fobias (temores excesivos ante determinadas situaciones o estímulos). En general requiere de un entrenamiento de una a dos semanas de práctica con sesiones de 15-20 minutos al día. También tiene un efecto distractor sobre los pensamientos automáticos que producen preocupación y malestar emocional, al obligarse la persona a apartar su atención sobre ellos y dirigirla hacia sensaciones agradables de su cuerpo.

La relajación progresiva se basa en dos métodos básicos: una respiración adecuada (inspiración profunda hacia la zona baja del vientre y expiración suave por la nariz, tras contener el aire aproximadamente unos tres segundos) y el recorrido corporal progresivo, tensando y soltando los principales músculos del cuerpo. **[18, 19, 20]**

3) RESPIRACIONES PROFUNDAS

Es una técnica sencilla, que se basa en inspirar y retener el aire de 3 a 5 segundos, y posteriormente, espirar lentamente concentrándose en las sensaciones de relajación que esto produce y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés ó ansiedad.

Beatriz Corona Gómez

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para ello debe colocar una mano en el vientre y la otra encima del estómago. Durante la realización del ejercicio debe percibir el movimiento al respirar, en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago. Es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

Es importante que durante la espiración, la persona cierre los labios de forma que al salir el aire se produzca un breve resoplido. **[18, 19, 20]**

4) AUTOINSTRUCCIONES:

Son mensajes que uno se da a sí mismo y para sí mismo.

El entrenamiento en autoinstrucciones supone la instauración de verbalizaciones internas adecuadas, que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

El objetivo básico de esta técnica es la modificación del diálogo interno. Las autoverbalizaciones que el paciente debe aprender e interiorizar están relacionadas con el tipo de tarea y con las secuencias de respuestas encadenadas que esta requiera.

Es importante que sea el mismo sujeto, el que genere el mayor número posible de autoverbalizaciones, según su tipo de vocabulario ó su forma más habitual de expresión. **[18, 19]**

Beatriz Corona Gómez

ANEXO 2

REGISTRO PRE-INTERVENCIÓN

EDAD:
SEXO:

FECHA:
HC:

1. HIPERTENSIÓN: SI NO

2. TAQUIPNEA: SI NO

3. TAQUICARDIA: SI NO

4. SUDORACIÓN: SI NO

5. TEMBLOR: SI NO

6. TENSIÓN MUSCULAR: SI NO

7. NERVIOSISMO: SI NO

8. LLANTO: SI NO

9. MOLESTIAS DE ESTÓMAGO: SI NO

10. SEQUEDAD DE BOCA: SI NO

11. TEMOR: SI NO

12. PENSAMIENTOS NEGATIVOS: SI NO

13. INSEGURIDAD: SI NO

14. IRRITABILIDAD: SI NO

15. TENSIÓN FACIAL: SI NO

NÚMERO DE CONDUCTAS ANSIÓGENAS: _____

Beatriz Corona Gómez

ANEXO 3

REGISTRO POST-INTERVENCIÓN

EDAD:
SEXO:

FECHA:
HC:

1. HIPERTENSIÓN: SI NO

2. TAQUIPNEA: SI NO

3. TAQUICARDIA: SI NO

4. SUDORACIÓN: SI NO

5. TEMBLOR: SI NO

6. TENSIÓN MUSCULAR: SI NO

7. NERVIOSISMO: SI NO

8. LLANTO: SI NO

9. MOLESTIAS DE ESTÓMAGO: SI NO

10. SEQUEDAD DE BOCA: SI NO

11. TEMOR: SI NO

12. PENSAMIENTOS NEGATIVOS: SI NO

13. INSEGURIDAD: SI NO

14. IRRITABILIDAD: SI NO

15. TENSIÓN FACIAL: SI NO

NÚMERO DE CONDUCTAS ANSIÓGENAS: _____

Beatriz Corona Gómez

ANEXO 4

SESIÓN 0

Se realizará una sesión donde se instruirá a los profesionales de enfermería del Hospital de Día, encargados de atender a los integrantes de la intervención. De esta forma, cuando el paciente acuda a su sesión de quimioterapia, los profesionales podrán guiarles en la realización de las técnicas aprendidas: relajación, respiraciones profundas y autoinstrucciones.

SESIÓN 1

Sesión educativa, donde se explicará en qué consiste y las características de la ansiedad. Exposición de los distintos tratamientos que se van a emplear así como de los objetivos de la intervención. (45´)

1ª sesión de relajación progresiva y entrenamiento en respiraciones profundas. (30´)

Entrega de una cinta de relajación, para que los integrantes del grupo puedan realizar en su domicilio al menos dos relajaciones hasta la próxima reunión. (10´)

SESIÓN 2

Exposición de dudas y comentarios respecto a la tarea realizada. (10´)

Exposición por parte de los integrantes del grupo, de situaciones habituales que les genere una reacción ansiógena, en relación con el tratamiento quimioterápico. Selección de 3 de las situaciones mediante consenso de los participantes, para realizar la exposición imaginaria. (30´)

Entrenamiento en relajación progresiva y respiraciones profundas. (20´)

Realización de al menos dos relajaciones hasta la próxima reunión. (10´)

SESIÓN 3

Exposición de dudas y comentarios respecto a la tarea realizada. (10´)

Entrenamiento en relajación progresiva y respiraciones profundas. Primer contacto con autoinstrucciones. (20´)

Exposición imaginada guiada por el terapeuta. (Se expone una de las 3 situaciones que han sido elegidas por los participantes en la sesión anterior). (15´)

Tarea a realizar hasta la próxima sesión: exposición imaginaria del paciente a la misma situación realizada en la sesión, con la aplicación de las técnicas en las que se está instruyendo a la persona).

SESIÓN 4

Exposición de dudas y comentarios. (10´)

Entrenamiento en relajación progresiva, respiraciones profundas, autoinstrucciones. (20´)

2ª sesión de exposición imaginada guiada por el terapeuta. (15´)

Tarea para realizar hasta la próxima sesión: intentar repetir la exposición realizada en la sesión, con la utilización de los mecanismos en los que se está instruyendo al paciente, relajación, respiraciones, autoinstrucciones...

SESIÓN 5

Exposición de dudas y comentarios. (10´)

Entrenamiento en relajación progresiva, respiraciones profundas y autoinstrucciones. (20´) 3ª y última sesión de exposición imaginada guiada por el terapeuta. (15´).

Tarea para realizar antes de la próxima sesión. (10´) Igual a las dos últimas sesiones.

Beatriz Corona Gómez

SESIÓN 6

Exposición de aquellas dudas que hayan surgido durante la realización de las tareas encomendadas. (10´)

Entrenamiento en relajación progresiva, autoinstrucciones y respiraciones profundas. (20´)

Taller 1: explicación de las distintas terapias parenterales existentes, de sus ventajas y de sus aplicaciones prácticas. (30´)

Explicación de la tarea a realizar antes de la próxima sesión. Puesta en práctica de al menos, dos sesiones de relajación antes de la próxima cita. (10´)

SESIÓN 7

Exposición de dudas y comentarios. (10´)

Taller 2: acercamiento al material de venopunciones. Se mostrará al paciente los distintos utensilios utilizados para la extracción de sangre, administración de inyecciones ó canalización de vías. (20´)

Entrenamiento en relajación progresiva, autoinstrucciones y respiraciones profundas. (40´)

Tarea para realizar antes de la próxima sesión: posibilidad de poder coger y tener entre sus manos, alguno de los materiales expuestos en la sesión. Se explicará al paciente que en caso de sentir ansiedad ó malestar sería conveniente la utilización de las técnicas en las que se está instruyendo al paciente (relajación, respiraciones, autoinstrucciones) (10´)

SESIÓN 8

Exposición de dudas y comentarios. (10´)

Taller 3: explicación y muestra en un muñeco de cómo se realiza una venopunción. (20´)

Entrenamiento en relajación progresiva, respiraciones profundas y autoinstrucciones. (20´)

Tarea a realizar antes de la próxima sesión: realizar al menos dos entrenamientos en relajación, respiraciones ó autoinstrucciones. Llevarse a casa alguno de los materiales expuestos en la sesión, tubos de sangre, agujas... (10´)

SESIÓN 9

Exposición de dudas y comentarios. (10´)

Taller 4: video donde se muestra la canalización de una vía/extracción sanguínea. (20´)

Entrenamiento en relajación progresiva, respiraciones profundas y autoinstrucciones. (10´)

Tarea para realizar antes de la próxima sesión: entrenamiento en alguna de las técnicas aprendidas. (10´)

SESIÓN 10

Exposición de dudas y comentarios. (10´)

Entrenamiento en relajación progresiva, respiraciones profundas y autoinstrucciones. (20´)

Autoevaluación por parte del paciente acerca del programa y los propios profesionales, recogida de propuestas para poder tener en cuenta en una próxima intervención.

Beatriz Corona Gómez

ANEXO 5

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

			Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de devanecimiento						
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11	Síntomas gastro-intestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis						
12	Síntomas génito-uritarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia						
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.						
PUNTUACION TOTAL								