

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN CIRUGÍA MENOR

Lucía TOMÁS ARAGONÉS (1)

Ana Belén CASTILLO AMORES (2)

- (1) Doctora en Psicología por la Universidad de Zaragoza. Master en Psicopatología y Salud. Diploma de Especialización en Salud Mental. Colaboradora de la Unidad de Dermatología del Hospital Ernest Iluch Martín. Sector de Salud de Calatayud. Servicio Aragonés de Salud
 - (2) Psicóloga. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Master en Recursos Humanos. Técnico de formación del 061 ARAGÓN.
-

1 - INTRODUCCIÓN

Una información franca y clara acerca del proceso quirúrgico, combate y previene la angustia. Hay que recordar que la piel es un órgano de convivencia que representa diversos factores como status social, edad y salud, y que la insatisfacción con la apariencia física dificulta la autoestima. La satisfacción del paciente no está únicamente determinada por la calidad técnica del cirujano, sino también por una buena relación médico-enfermo.

La evaluación preoperatorio de los pacientes en Cirugía Dermatológica Menor es habitualmente tan importante como la cirugía misma. Afortunadamente, los riesgos y complicaciones de esta cirugía son poco frecuentes y la mayor parte de estas intervenciones se hacen en consultas con anestesia local.

La Cirugía Dermatológica Menor se ocupa de la extirpación de tumores benignos como nevus y quistes. Habitualmente los pacientes saben que los riesgos son mínimos y generalmente no están ansiosos acerca de los resultados, pero esperan que al final quede una pequeña cicatriz o que no se note nada.

La evaluación psicológica preoperatorio incluye una evaluación de las expectativas del paciente. El paciente debe tener conocimiento de los riesgos, beneficios y posibles alternativas; necesita conocer completamente la técnica a emplear y el tipo de postoperatorio. El consentimiento del paciente por escrito también puede ser necesario en algunos casos.

a. Visión totalitaria del ser humano

La historia del pensamiento humano en general y de la medicina en particular ha venido desarrollándose según dos visiones contrapuestas. La primera supone una visión totalitaria del individuo o visión hipocrática que centra su atención en el sujeto y en el "estar enfermo", sin poder separar la enfermedad del paciente. La segunda supone una visión dicotómica del ser humano o visión galénica, separando cuerpo y mente y dejando la enfermedad como algo relativo al cuerpo. En esta segunda acepción el paciente "tiene una enfermedad".

Quizá en un afán de simplificar la gran complejidad humana, a lo largo del tiempo ha imperado la visión dicotómica y muchas veces nos olvidamos de que además de saber cómo es la enfermedad que tiene un paciente, hay que conocer cómo es el paciente que tiene una enfermedad.

En la actualidad múltiples estudios demuestran que hay variables psicológicas que interfieren en el transcurso de un proceso médico, sea de la naturaleza que sea. Destacaremos como importantes en primer lugar aquellas relativas al proceso de relación médico - paciente, donde las habilidades del médico - no sólo en lo que se refiere a habilidades terapéuticas sino también a habilidades de comunicación o relación - interaccionan en el proceso. En segundo lugar es importante tener en cuenta las diferentes variables psicológicas de los pacientes - como los niveles de ansiedad y depresión - ya que estas pueden influir sobre los índices de recuperación.

Sirva pues esta introducción para señalar que la "persona" está integrada por diversos niveles:

- Nivel biológico
- Nivel psicológico
- Nivel social
- Nivel cultural

Y que todos ellos estarán implicados de una u otra manera en todos los procesos en los que una persona se ve inmersa, sin ser el proceso de una cirugía menor una excepción. Así, podrá influir en el resultado final desde variables físicas como el estado de salud, variables psicológicas como la ansiedad, variables sociales como el apoyo social y variables culturales como las creencias, sin que en todas las personas estas variables tengan porque estar implicadas de la misma manera.

b. Habilidades del médico

i. Habilidades terapéuticas

Las habilidades terapéuticas se refieren a aquellas que capacitan al médico para la intervención. En particular el grado de experiencia influirá en el proceso de dos modos distintos; por un lado puede suponer una fuente de confianza por parte del paciente y por otro lado capacita al médico de alguna manera para aportar la mayor información al paciente si éste la demanda, suponiendo así nuevamente un apoyo.

ii. Habilidades de comunicación interpersonal

Dejando a un lado las habilidades terapéuticas, las cuales parecen evidentes ante cualquier intervención, es importante señalar que otros aspectos del médico se relacionan sistemáticamente con una recuperación más temprana y sin complicaciones de los pacientes. Nos referimos a las habilidades que tienen que ver con la relación médico paciente, en particular las habilidades comunicativas y la empatía.

Unas habilidades de comunicación adecuadas ejercen una influencia notable sobre la capacidad resolutive del profesional y disminuyen la percepción de necesidad y la predisposición al abuso de las consultas por parte de los pacientes al mejorar la eficacia clínica y los resultados. Esta relación interpersonal centrada en el paciente debe estar basada en una comunicación positiva, eficaz y empática que facilite la exploración de creencias y expectativas de éste y permita una mayor participación en las decisiones del profesional.

Saber escuchar no sólo es oír una relación de cosas: es permitir que el paciente pueda exponer su problema sin interrumpirle prematuramente y facilitarle que exprese sus sentimientos, sus expectativas y cómo afecta la enfermedad a su vida. La escucha activa potencia la sensación de confianza y

comprensión y combina unas habilidades de comunicación interpersonal que, a grandes rasgos, definen las características de un buen profesional sanitario.

Entre las **habilidades comunicativas** se encuentra también la capacidad del médico para explicar con claridad el problema al paciente. Nos referimos en particular a utilizar un lenguaje sencillo e incluso utilizar símiles que los pacientes puedan entender, asegurar una adecuada recepción de la información demandando feedback del paciente y utilizar algún medio - como un dibujo o gráfico - para facilitar el entendimiento de todos los aspectos de la intervención.

La utilización de estas técnicas repercutirá a su vez en un sentimiento positivo en el paciente al sentirse atendido. Muchas veces no se le concede la importancia a aspectos como el papel de las expectativas positivas y optimismo del paciente.

Investigaciones realizadas por varios autores, entre los que cabe citar a Scheier, Matthews, Owens, Magovern, Graig, Abbott, y Carver en un estudio sobre el papel del optimismo y de Jamison, Parris y Maxon sobre el papel de las expectativas, destacan el papel fundamental de estos aspectos sobre la recuperación.

El papel de la **empatía** o la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Ésta es necesaria para establecer un contacto humano y cálido que genere un buen clima donde el paciente se sienta entendido. El establecimiento de esta relación disminuye la ansiedad, variable que como veremos más tarde ha demostrado estar implicada en el proceso de recuperación.

Además, el mostrar empatía tiene el efecto de generar confianza en el paciente. Es aquí donde el médico puede anticiparse a futuros problemas y advertirlos de antemano así como señalar las posibles soluciones.

Estas prácticas inciden en la desaparición de cogniciones de preocupación recurrentes en algunos pacientes que generan niveles de ansiedad altos y desadaptativos.

2 - PROCESO QUIRÚRGICO

a. Fase preoperatoria

Una adecuada consulta preoperatoria debe ser relajada y ocupar unos 30 minutos, ya que en este tiempo el paciente podrá manifestar cuales son realmente los motivos para la cirugía. Si el paciente no comprende bien la técnica, o no está decidido al tipo de intervención que le propone el médico, ésta deber ser retrasada.

Es aconsejable referir el paciente al psicólogo o psiquiatra para su evaluación en los siguientes supuestos:

- Cuando se sospecha que las expectativas del paciente no son razonables.
- Cuando se sospecha de paranoia, manía o depresión.
- Cuando se sospecha que el paciente está emocionalmente alterado.

Para destacar la importancia de intervenir en esta primera fase nos remitiremos a la revisión sistemática llevada a cabo por Smith y Pittaway. Ésta pone de manifiesto que un 20% de los pacientes que se someten a cirugía ambulatoria habrían preferido recibir "alguna cosa" antes de la cirugía para aligerar su ansiedad. El concepto de "alguna cosa" expresado por los pacientes, entendemos que hace referencia a algún tipo de medicación ansiolítica, pero además de la medicación existen distintos procedimientos psicológicos que han resultado de utilidad en el manejo de la ansiedad quirúrgica.

iii. Variables del paciente

1. Variables de personalidad

La personalidad del paciente, según el patrón más característico de afrontar las experiencias vitales, condiciona el modo de vivencia de la enfermedad y el conjunto de actitudes, emociones y comportamientos que va a mostrar en el encuentro con el profesional sanitario.

Existen patrones de conductas que pueden afectar negativamente la relación con el médico. Entre estas se encuentra la reacción de huida o negación, en la que el paciente puede mostrar una aparente frialdad que encubre una extrema ansiedad que puede aflorar en cualquier momento, por

ejemplo en forma agresiva, mostrándose el paciente reivindicativo, cortante y provocador de una espiral de agresiones mutuas con el profesional sanitario, a menos que éste posea habilidades comunicativas que le permitan manejar estas situaciones.

Otros patrones consisten en la reacción de rechazo activo y las conductas pasivo-agresivas, en las que el paciente manifiesta una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones del médico - pues adopta actitudes de un "buen paciente". Posteriormente, estas reacciones crean frustración y perplejidad en el profesional cuando el paciente le arremete con exabruptos más o menos directos, por no comprender el proceso que desde hacía tiempo estaba latente.

Las actitudes disfuncionales, en personas desconfiadas que son básicamente inseguras y sienten temor a ser situadas en una posición vulnerable, pueden mostrarse en forma de conductas pasivas, reservadas, excesivamente sensibles a las recomendaciones y cautelosas, que restringen su expresividad en la comunicación con el profesional, por ejemplo contestando con monosílabos.

Las personas con estilo manipulador, a diferencia de las anteriores, exigen actuaciones precisas, pero pueden hacerlo con un trato exquisito o con reacciones vehementes y muy personales, seduciendo al profesional con halagos por motivaciones variadas. En cambio, los pacientes con actitudes regresivas, que no se responsabilizan de las acciones curativas y muestran una adhesión extrema a su papel dependiente, impiden la adecuada participación en el proceso terapéutico.

2. Ansiedad y depresión (Escala HADS)

Los niveles de ansiedad excesiva y estado de ánimo negativo afectan al proceso quirúrgico así como a la recuperación del paciente. Además, en la fase previa hay una preocupación - muchas veces excesiva - por aspectos del proceso que no se comprenden o que se magnifican.

Cabe destacar que un nivel pequeño de ansiedad puede incluso resultar beneficioso para el transcurso del proceso, ya que, como en cualquier otro, es esta ansiedad la que nos mantiene alerta y nos ayuda, por ejemplo a seguir las instrucciones del médico. No obstante, cuando esta ansiedad se eleva por encima de un umbral determinado se convierte en nocivo, afectándonos negativamente tanto a nivel físico (por ejemplo puede

descender el nivel de defensas del sistema inmunológico) como a nivel conductual (bloquearnos y olvidarnos de seguir instrucciones importantes). De la misma manera la sintomatología depresiva influye en nuestro estado físico y de salud además de en nuestros hábitos.

Por estas razones nos parece importante contar con una medida de la sintomatología ansiosa y depresiva del paciente en la fase preoperatoria, que nos permita llevar a cabo las actuaciones que consideremos oportunas. En el Anexo I se incluye la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), así como las instrucciones para su corrección e interpretación. Esta sencilla escala proporciona una medida rápida y fiable de la sintomatología ansiosa y depresiva para después contrastar con el propio paciente.

Tomaremos las puntuaciones en esta escala como el índice a tener en cuenta para llevar a cabo las actuaciones psicológicas oportunas.

3. Apoyo social

Una de las variables a tener en cuenta en cualquier proceso quirúrgico es el apoyo social. Como se ha destacado anteriormente la ansiedad excesiva perjudica la recuperación del paciente. El apoyo social es una manera sencilla de amortiguar la ansiedad. Muchas veces la mera distracción del paciente en esta fase supone un beneficio. Así, el médico puede señalar al paciente que vaya con alguien a la operación. Por otro lado, y aunque sea adelantarnos, pasada la operación el paciente tiene con quién hablar y a quién explicarle cómo se ha sentido, qué le han hecho, cuál es el resultado, etc. Esto lo libera de tensiones y le ayuda a normalizar el proceso.

iv. Actuaciones

1. **Técnicas informativas**

Una de las técnicas más utilizadas en pacientes quirúrgicos es informar al paciente acerca de la operación y de lo que conlleva.

La utilización de tal técnica se basa en el supuesto de que la información reduce la incertidumbre y con ella se reduce la ansiedad.

Hay que tener en cuenta en este punto que existen diferencias individuales significativas entre pacientes en la dimensión evitadores - vigilantes. Los primeros son aquellos sujetos que tienden a magnificar los

hechos de forma subjetiva. Su manera de reducir la ansiedad es evitar el acontecimiento estresante. Los vigilantes son sujetos que tienden a reducir la ansiedad de manera activa buscando información.

Así, mientras que parece claro que para los "vigilantes" la información es beneficiosa, no siempre es así con los "evitadores".

De todos modos, aunque hemos de tener en cuenta estas diferencias, el hecho de que los procesos de cirugía menor no revistan gravedad hace que el dar información suela tener un efecto relajante. Sólo en los casos de evitadores extremos dejaremos de dar una información demasiado extensa.

Estas técnicas tienen la ventaja añadida de que no requiere de profesionales diferentes a los sanitarios, pudiendo ser el propio médico el que lo dispensa.

2. Programar la intervención cuando se esté libre de estresores

El proceso quirúrgico en si supone una situación estresante susceptible de desencadenar respuestas desadaptativas por parte del organismo. Entre estas respuestas se encuentra la agresividad, el bloqueo o la evitación.

Como se destacó con anterioridad, un pequeño nivel de activación puede incluso resultar positivo y sólo cuando sobrepasa un umbral se vuelve nocivo. Si tenemos esto en cuenta, podemos proponer una estrategia sencilla que se basa en planear la intervención en un momento libre de estresores: fin de semana, sin coincidir con ningún acontecimiento vital, etc. Esto dificultará un alto nivel de ansiedad y nos posibilita de mayor control sobre este.

3. En función de los resultados de ansiedad y depresión programar alguna técnica previa

Aunque las intervenciones en cirugía menor no suelen tener unas repercusiones importantes, nos encontramos con personas que experimentan un alto grado de ansiedad en la fase previa a la intervención. Para detectar esta población de riesgo contamos con la escala HADS. En aquellas personas en las que detectemos unos niveles preocupantes de activación, podemos

programar intervenciones que tengan como objetivo el descenso de tales niveles.

El adiestramiento en una **técnica de relajación** puede ser de gran utilidad. Estas técnicas requieren entrenamiento pero suelen ser de fácil aprendizaje. En el Anexo II se incluye una técnica de relajación.

También podemos destacar las **técnicas de afrontamiento cognitivo**. Estas técnicas se basan en ayudar al paciente a identificar sus miedos y preocupaciones referidas a la cirugía e intentar eliminarlos o modularlos. El problema o la desventaja que presentan estas técnicas es que requiere terapeutas entrenados en ellas y no siempre disponemos de personal que pueda llevar a cabo este entrenamiento.

b. Fase operatoria

Durante la intervención quirúrgica debe esperarse como algo normal la ansiedad por parte del paciente, pues la mayoría de éstos desean saber todo acerca de la técnica y, ya que la mayor parte de la Cirugía Dermatológica se realiza con anestesia local, hay que estar atento a los comentarios - pues los pacientes están pendientes de todo aquello que se habla durante la intervención. Es importante que los problemas intraoperatorios sean resueltos con eficiencia y tranquilamente. Los pacientes están inquietos con las posibles complicaciones y es preciso que crean que todo lo que sucede es rutinario; nunca deben proferirse palabras malsonantes durante la intervención, que puedan poner de manifiesto la frustración del cirujano y alarmar innecesariamente al paciente.

i. Introducir distintas técnicas en función del paciente

Si bien antes hemos destacado el posible entrenamiento del paciente en una técnica de relajación en la fase previa a la intervención, esta técnica también puede sernos de gran utilidad en la fase operatoria.

Es importante tener en cuenta que la técnica que habremos de utilizar aquí siempre estará en función del paciente:

- Si es un paciente muy nervioso, y se le ha entrenado en relajación, se puede usar una cinta que use con asiduidad.
- Si el paciente ha demostrado ser muy vigilante, será importante que el médico le vaya informando de la operación.

- Si el paciente es muy evitador, la distracción será la mejor estrategia. Podemos tapar la zona de intervención si es posible y entretenerle bien con conversación o con algún medio del que dispongamos, como la música.

c. Fase postoperatoria

Las expectativas y preocupaciones más frecuentes de los pacientes están relacionadas con los efectos que la enfermedad puede tener sobre su calidad de vida.

i. Pautas posquirúrgicas

En numerosas ocasiones - dentro del proceso de recuperación del paciente en una afección concreta - la intervención quirúrgica es un proceso más, pero no es el último. En otras, y aunque sea una intervención ambulatoria, el éxito de tal intervención depende de aspectos que el paciente tiene que llevar a cabo en la fase postquirúrgica.

Es aquí donde las habilidades de relación y de empatía del médico han de volver a entrar en juego con el fin de facilitar una buena respuesta del paciente.

Así, todas aquellas pautas que sea necesario llevar a cabo tras la intervención se darán por escrito para facilitar su recuerdo. Además se intentará integrar en las actividades diarias cualquier hábito que haya que implantar.

ii. Tiempo para preguntas

Durante la intervención el paciente suele estar nervioso y preocupado. Si bien antes de la intervención se ha ofrecido información sobre el proceso, es importante reservar un tiempo para que el paciente pueda preguntar todas las dudas que le surjan.

3 - CONCLUSIONES

- Las variables psicológicas influyen en el proceso de cirugía menor interaccionando con otras variables en las fases pre-operatoria, operatoria y post-operatoria.
- Entre estas variables destaca el papel de la ansiedad. Se habrán de tener en cuenta las diferencias individuales a la hora de tratar de reducir aquella así como para llevar a cabo una actuación concreta.
- Las técnicas psicológicas parecen ser efectivas para reducir la ansiedad y facilitar el proceso de cirugía menor.

ANEXOS:

ANEXO I Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

ANEXO II Técnica de Relajación de Jacobson.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370

Tipo de Instrumento

La Escala HADS es una escala de autoevaluación. Contiene 14 afirmaciones referidas a síntomas de depresión y ansiedad, cuya frecuencia o intensidad ha de ser evaluada en una escala Likert de 4 puntos (valorables de 0 a 3).

Contenido

De los 14 ítems que componen la escala, 7 evalúan la ansiedad y el resto evalúan la depresión, apareciendo de forma intercalada. La evaluación de la depresión se limita básicamente a los síntomas de anhedonia. Se excluye la evaluación de síntomas somáticos.

Aplicaciones

Esta escala se ha diseñado para detectar síntomas de depresión y ansiedad durante la semana anterior a la evaluación, en pacientes con problemas médicos no psiquiátricos. Por su sencillez, resulta apropiada como instrumento inicial de evaluación en contextos hospitalarios y asistenciales. También se ha utilizado para medir el impacto emocional que determinados trastornos físicos pueden tener en pacientes afectados.

Forma de administración

El paciente ha de elegir para cada ítem entre cuatro opciones de respuesta. Ha de indicársele que su tarea consiste en evaluar la frecuencia o intensidad con que ha experimentado durante la última semana los síntomas a los que hace referencia cada una de las 14 afirmaciones que componen la escala, aunque éstas aparezcan formuladas en tiempo presente.

Duración

Cinco minutos aproximadamente

Criterios de corrección e interpretación

Para obtener la puntuación total se suman los valores correspondientes a las alternativas elegidas por el paciente, diferenciando los que corresponden a la subescala de ansiedad y a la subescala de depresión. En ambas subescalas se considera normal una puntuación de 0 a 7, una puntuación entre 8 y 10 nos indicaría un caso probable, y de 11 o más un caso de ansiedad o depresión.

HADS

Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien te trata a saber cómo te sientes. Lee cada frase y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te sentiste durante la semana pasada. No pienses mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contestas deprisa, tus respuestas podrán reflejar mejor cómo te encontrabas durante la semana pasada.

<p>1. Me siento tensa o "molesta" (A)</p> <p>Todos los días <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muchas veces <input type="checkbox"/> 2</p> <p>A veces <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>8. Me siento como si cada día estuviera más lenta (D)</p> <p>Por lo general, en todo momento <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy a menudo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>A veces <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (D)</p> <p>Como siempre <input type="checkbox"/> 0</p> <p>No lo bastante <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sólo un poco <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>9. Tengo sensación de miedo, como de "aleteo" en el estómago (A)</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> 0</p> <p>En ciertas ocasiones <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Muy a menudo <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>3. Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder (A)</p> <p>Totalmente, y es muy fuerte <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Sí, pero no es muy fuerte <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Un poco, pero no me preocupa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>10. He perdido el interés por mi aspecto físico (D)</p> <p>Totalmente <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No me preocupo tanto como debiera <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Podría tener un poco más de cuidado <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Me preocupa igual que siempre <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (D)</p> <p>Igual que lo hice siempre <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Ahora, no tanto <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Casi nunca <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>11. Me siento inquieta, como si estuviera continuamente en movimiento (A)</p> <p>Mucho <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Bastante <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No mucho <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones (A)</p> <p>La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>A veces, aunque no muy a menudo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sólo en ocasiones <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>12. Me siento optimista respecto al porvenir (D)</p> <p>Igual que siempre <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Menos de lo que acostumbraba <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mucho menos de lo que acostumbraba <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>6. Me siento alegre (D)</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No muy a menudo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>A veces <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Casi siempre <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico (A)</p> <p>Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Bastante a menudo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No muy a menudo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>7. Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada (A)</p> <p>Siempre <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Por lo general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No muy a menudo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión (D)</p> <p>A menudo <input type="checkbox"/> 0</p> <p>A veces <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No muy a menudo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Rara vez <input type="checkbox"/> 3</p>

TECNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

La técnica de Jacobson es una técnica de relajación de aprendizaje sencillo que puede ser entrenada tanto en niños como en adultos.

Esta técnica se basa en enseñar la diferencia entre la tensión y la relajación. Para ello se dividen los grupos musculares en 16 grupos básicos y el entrenamiento se realiza de cada uno por separado. En sesiones iniciales completar la secuencia completa llevará una media de 45 minutos, sin embargo conforme la técnica sea entrenada este tiempo irá descendiendo, convirtiéndose en una herramienta para relajarnos efectiva en cualquier situación.

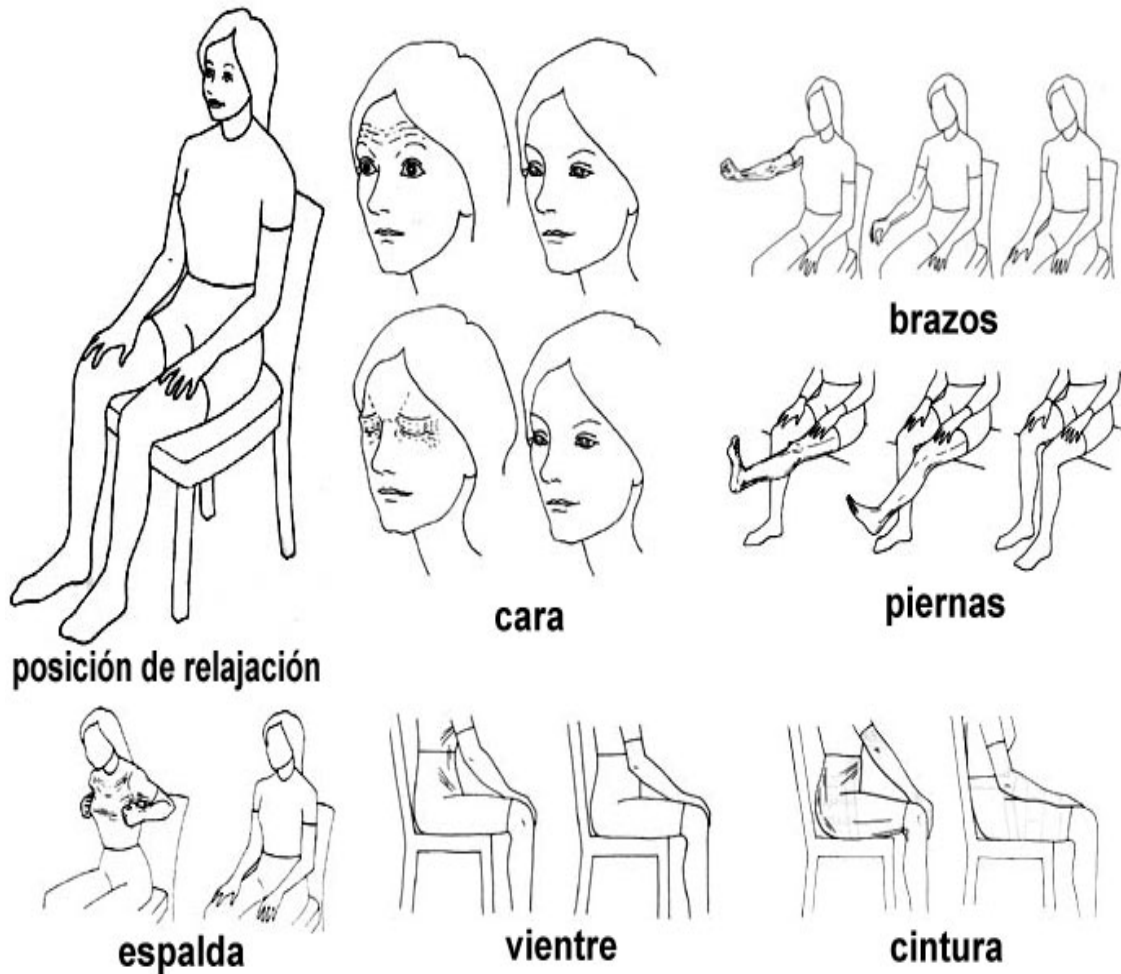
¿Cómo iniciar la técnica?

La postura adecuada para realizar el entrenamiento en relajación es sentada en un sillón o silla cómoda, sin cruzar las piernas y las manos apoyadas sobre los muslos, como se indica en la primera imagen del dibujo.

Es conveniente tener en cuenta la disposición del ambiente antes de empezar. Así, se puede bajar la luz de la habitación y evitar ruidos bruscos; por ejemplo, descolgar el teléfono etc.).

Es importante advertir que el entrenamiento en esta técnica consiste en ver y notar la diferencia entre la tensión y la relajación de cada grupo muscular. Para ello en la tabla siguiente se indica un ejercicio para tensar cada grupo de músculos. Una vez se ha tensado y **mantenido esa tensión**

durante unos segundos, se relajan los músculos y la persona se concentra en notar la diferencia. Para cuando el ejercicio de tensión estándar resulta difícil se señalan en una tercera columna de la tabla estrategias alternativas.



Una vez que estamos en la postura inicial, se comenzará con el entrenamiento en cada grupo muscular empezando por la mano y antebrazo dominantes y finalizando con el pie no dominante según la secuencia que sigue en la siguiente tabla.

GRUPO MUSCULAR	EJERCICIO DE TENSIÓN ESTANDAR	ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS
Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante (si se es diestro la derecha y si se es zurdo la izquierda)	
Brazo dominante	Apretar el codo dominante hacia abajo en la dirección del cuerpo.	
Mano y antebrazos no dominantes	Apretar el puño no dominante.	
Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante hacia abajo	
Frente	Levantar las cejas todo lo posible arrugando la frente (preferible con los ojos cerrados)	Fruncir el ceño de forma exagerada
Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz	
Boca	Apretar la mandíbula y los dientes. Forzar la barbilla hacia fuera y ejercer presión en el paladar con la lengua	Realizar una sonrisa forzada, apretando los dientes.
Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho evitando que lo llegue a tocar	Presionar la cabeza contra el respaldo de la silla
Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen	
Estómago	Poner el estómago duro como cuando se espera un golpe	Encoger el estómago hacia dentro
Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra la silla	Elevar la pierna dominante muy ligeramente
Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba	Presionar la punta del pie dominante contra el suelo
Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia dentro sin levantar el pie del suelo	
Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra la silla	Elevar la pierna no dominante muy ligeramente
Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba	Presionar la punta del pie no dominante contra el suelo
Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia dentro sin levantar el pie del suelo	

BIBLIOGRAFÍA:

- Barbado Alonso JA, Aizpiri Díaz JJ, Cañones Garzón PJ, et al. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. Febrero 2005:31-36
- Bulbena Vilarrasa A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa Palacios P. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Editorial Masson. 2000
- Caballo VE et al. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo XXI. 1995
- Camacho F, de Dulanto F. Cirugía dermatológica. Grupo Aula Médica. 1995
- Jamison RN, Parris WCV, Maxson WS. Psychological factors influencing recovery from outpatient surgery. Behavioural Research and Therapy. 1987;(25):31-37
- Moix Queraltó J. Emoción y Cirugía. Anales de Psicología. 1994;10(2):167-175
- Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Magovern GJ, Graig, R Abbott RS, Carver CS. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;(57):1024-1040
- Smith AF; Pittaway AJ. Premedication for anxiety in adult day surgery. Cochrane Rev. 2000
- Vázquez MI, Técnicas de relajación y respiración. Editorial SINTESIS. 2001

