

Cómo citar este documento

Fernández Morales, María Irene; Segura Rey, María de los Ángeles; Molina López, Elisa María. Efectividad de la relajación muscular preoperatoria grupal, dirigido por la enfermera especialista en salud mental, para disminuir la ansiedad del proceso quirúrgico: carcinoma colorrectal. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11147.php>>

**Efectividad de la relajación muscular preoperatoria grupal,
dirigido por la enfermera especialista en salud mental, para
disminuir la ansiedad del proceso quirúrgico: carcinoma
colorrectal**

María Irene Fernández Morales, María de los Ángeles Segura Rey, Elisa
María Molina López

Hospital universitario Virgen de Valme (Sevilla, España)

Resumen

Objetivo principal: Evaluar la efectividad de un programa grupal de relajación muscular progresiva preoperatoria, dirigido por la enfermera especialista en salud mental, para disminuir la ansiedad generada durante el proceso quirúrgico de pacientes con carcinoma colorrectal. Metodología: Se realiza estudio cuasiexperimental controlado, longitudinal y prospectivo. Resultados principales: Los pacientes diagnosticados de cáncer y con una previsión de cirugía presentan altos niveles de ansiedad. Aunque el programa se encuentra en fase de ejecución, pretendemos conseguir disminuir la ansiedad en dichos pacientes en un 15% la ansiedad sufrida, para de esta forma favorecer una pronta recuperación. Conclusión principal: Basándonos en la evidencia, consideramos que la relajación progresiva puede ser una opción efectiva para conseguir disminuir la ansiedad en el proceso quirúrgico en pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal, favorecerá su pronta recuperación y aportará una mayor calidad de vida a estos pacientes.

Palabras clave: Ansiedad, Cáncer colorrectal, Cirugía, Enfermería, Proceso quirúrgico, Relajación muscular.

Abstract

Effectiveness of muscle relaxation preoperative group, directed by mental health nurse specialist, anxiety to decrease the surgical process: colorectal carcinoma

Objective: To evaluate the effectiveness of a group of progressive muscle relaxation program preoperative, led by mental health nurse specialist, to reduce anxiety generated during the surgical process of patients with colorectal carcinoma. **Methods:** controlled, quasi-experimental longitudinal prospective study was conducted. **Results:** Patients diagnosed with cancer and with a forecast of surgery have high levels of anxiety. Although the program is in progress, we intend to achieve reduce anxiety in these patients by 15% suffered anxiety, to thereby encourage a speedy recovery. **Conclusions:** Based on the evidence, we believe that progressive relaxation can be an effective option for reducing anxiety in the surgical procedure in patients diagnosed with colorectal carcinoma, favor a speedy recovery and provide a better quality of life for these patients.

Key-words: Anxiety, Colorectal Cancer, Surgery, Nursing, Surgical Process, muscle relaxation.

1. Antecedentes y estado actual del tema

La Organización Mundial de la Salud refiere que en 2013,¹ el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo,² siendo el cáncer de pulmón, estomago, hígado, colon y mama, los canceres que se han asociado con una mayor mortalidad¹. El cáncer es una patología cada vez más frecuente en nuestra sociedad. Este aumento, en parte se relaciona con el incremento de la longevidad de las personas y las mejoras tanto en la calidad como en la esperanza de vida³.

Tanto en España como en la unión europea, el cáncer es una de las enfermedades más prevalentes, siendo la primera causa de muerte en nuestro país: aproximadamente 90.000 defunciones al año. Esto representa el 25% de todas las muertes. Se estima que cada año se registran en torno a 155.000 casos nuevos. A nivel de riesgo individual supone, que uno de cada 3 españoles y una de cada 5 españolas serán diagnosticados de algún cáncer en cualquier momento de su vida⁴.

En Andalucía, el cáncer es la causa más frecuente de muerte en hombres, la segunda en mujeres y entre los intervalos de edad comprendidos entre los 34 y los 75 años, y es la primera causa de muerte en ambos sexos.

Si nos centramos en la mortalidad según las provincias y el sexo encontramos que en mujeres, la provincia de Cádiz, Sevilla y Huelva tienen la mortalidad más alta que la media andaluza y Jaén, Córdoba y Almería la más baja. En relación a los hombres, la mortalidad es similar a las mujeres, Cádiz, Huelva y Sevilla están por encima de la media y Jaén, Córdoba y Granada están por debajo. Aunque la mortalidad por cáncer en los hombres dobla a la de las mujeres.⁵

El cáncer de colon, es un tumor maligno (también recibe el nombre de cáncer o neoplasia), que se localiza de las células de la mucosa del intestino grueso y de sus glándulas. Su incidencia está en aumento en los países occidentales y desarrollados.⁶ Por ello, se está realizando una importante prevención secundaria para su detección precoz.³

En España, el cáncer de colon en los varones es el tercero más importante debido a su frecuencia, detrás del cáncer de pulmón y próstata. En las mujeres, sin embargo, es el segundo en frecuencia, detrás del de mama. Sin embargo, si se tienen en cuenta ambos sexos el cáncer con mayor incidencia es el colorrectal (15%), el que produce una más alta mortalidad es el cáncer de pulmón (20,6%), y el que tiene una prevalencia a cinco años más alta es el cáncer de mama (17,9%).⁷

Según datos de la sociedad española de oncología médica (SEOM), se calcula una incidencia de 32.240 pacientes al año en España, siendo responsable de 14.700 fallecimientos y una prevalencia a cinco años de 89.705 casos.⁷

En Andalucía, tanto en hombres como en mujeres el cáncer colorrectal supone el segundo cáncer más frecuente, en el caso de las mujeres por detrás del de mama y en el de los hombres detrás del de pulmón.⁵

Entre los 65 y los 70 años, es el periodo de edad donde se detectan la mayoría de los canceres colorrectales, situándose el pico máximo a la edad de 70 años, aunque pueden

aparecer casos desde los 35-40 años. Los casos que son diagnosticados a edades más tempranas, suelen relacionarse con una predisposición genética.⁶

Aunque existen avances en la detección temprana y el tratamiento eficaz, el cáncer sigue siendo una de las enfermedades más temidas, no sólo por su asociación con la muerte, sino también por su relación con una peor calidad de vida.⁸ Por otra parte, sigue siendo considerado como sinónimo de muerte, de dolor y sufrimiento.⁹

La vivencia de padecer un cáncer es una amenaza, no sólo para la vida y la función física, sino también para el bienestar psicológico y social de la persona. Investigaciones recientes demostraron que al menos el 33% de los pacientes con cáncer desarrollan ansiedad, ya sea en el diagnóstico, tratamiento y/o periodo de seguimiento, lo cual constituye una constante en la vida del paciente oncológico.¹⁰ La ansiedad junto a la depresión se consideran los dos efectos psicológicos más frecuentes vividos en personas con cáncer¹¹ y esto puede verse agravado cuando a este diagnóstico hay que sumarle una intervención quirúrgica¹², la cual supone otra fuente de malestar psicológico.¹³ La manifestación de este malestar se puede expresar mediante reacciones emocionales y conductuales que pueden darse a corto, medio y largo plazo como consecuencia de tener que hacer frente a una experiencia desconocida, la separación de personas queridas, la ruptura de la rutina o la pérdida de control y autonomía.¹⁴

“La adaptación psicosocial al cáncer es un proceso continuo de ajuste de la persona a una variedad de estresores vitales relacionados con la enfermedad. Los indicadores de una adaptación exitosa incluyen el involucramiento activo y continuo en las actividades cotidianas, la habilidad para minimizar algunas alteraciones en los roles vitales y la capacidad de regular el malestar emocional”.¹⁵

La depresión puede ser definida como un estado personal interno de tristeza y desánimo en diferentes áreas, tanto a nivel cognitivo como conductual que a su vez influyen significativamente en su quehacer total.¹⁶

La depresión presenta una tasa de prevalencia que afecta entre el 9% al 58% de las personas diagnosticadas con cáncer,¹⁵ y en torno a un 13% de los pacientes son diagnosticados de depresión mayor.

La depresión es uno de los factores que va a condicionar la adaptación a la enfermedad. El deterioro emocional del paciente oncológico puede poner en riesgo, tanto la adherencia al tratamiento como a su vida misma.¹⁷

Como hemos hecho alusión anteriormente, la ansiedad es otro de los efectos psicológicos más frecuentes en el cáncer y se define como la vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica. Es un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.¹⁸ Es una señal de alerta que nos informa de un riesgo inminente y permite la persona llevar a cabo las medidas oportunas para afrontarlo.^{12, 19}

La ansiedad es considerada un mecanismo natural de adaptación, esta produce cambios físicos y conductuales, mediante este mecanismo podemos estar alerta ante situaciones de riesgo, el problema se presenta, cuando ésta aparece sin ningún motivo o de forma desproporcionada con la circunstancia que la provoca, es entonces cuando estamos ante

un problema, que puede llegar a tener graves consecuencias,²⁰ puesto que si esto se produce se dificulta el afrontamiento de una situación determinada.²¹

El diagnóstico de ansiedad es muy común en los pacientes oncológicos, en general se sitúa entre el 30% y el 50%. Pero cabría destacar que los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico están bajo una situación de estrés, que puede reducir su bienestar psicológico, y combinado con un diagnóstico de cáncer, su nivel de ansiedad será aún mayor. En relación, a la prevalencia de la ansiedad preoperatoria en adultos ésta puede variar entre 11% y 80%, según el tipo de cirugía a la que se someta, pero el porcentaje se eleva entre 60% y 90% cuando se tratan de pacientes quirúrgicos que además, tienen un diagnóstico de cáncer, por tanto, estos pacientes requerirán una mayor atención preoperatoria para prevenir trastornos de ansiedad antes de la cirugía.^{10, 22}

La ansiedad a su vez puede poner en peligro la calidad de vida del paciente, debido a que puede causar sufrimiento emocional, psicológico y físico, además de influir en el funcionamiento cotidiano de este, puede provocar retrasos en la incorporación al trabajo, y puede afectar a las relaciones personales y a la toma de decisiones.¹⁰

Los niveles de ansiedad elevados en los periodos previos a la intervención quirúrgica pueden influir durante la operación (necesitando más anestesia, entre otros...), y en el postoperatorio, de forma que retarda la recuperación y el alta hospitalaria, lo que podría producir saturación en el centro hospitalario y un mayor costo económico. Por ello, comprender y abordar las variables que afectan a este incremento de la ansiedad antes de la operación resulta de vital importancia para su tratamiento.²³

Una vez operado el paciente, su pronta recuperación, va a depender principalmente de tres factores: el estado previo del organismo a la operación, del nivel de dificultad de la intervención y del estado psicológico del paciente antes de someterse la operación. Diversos estudios, han demostrado que el estado psicológico prequirúrgico del paciente, y en concreto el nivel de ansiedad que este presenta, afecta en la recuperación posquirúrgica.²⁴ Los síntomas que se manifiestan con la ansiedad durante el proceso quirúrgico, pueden perdurar hasta meses después de la intervención quirúrgica; destacan entre estos las taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etc. Además, la ansiedad preoperatoria está asociada a un mayor número de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, estancias hospitalarias más largas, y mayores niveles de dolor posoperatorio,²⁵ de modo que un control sobre la ansiedad disminuirá los efectos negativos comentados.²⁶

Por lo comentado anteriormente, la educación preoperatoria es beneficiosa para el paciente porque tiene un efecto positivo sobre la ansiedad. Algunas revisiones han mostrado que la educación preoperatoria tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico, los cuales van desde la reducción de la duración de la estancia hospitalaria, la reducción de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente.²⁴ Toda la información que se da al paciente en el periodo anterior al ingreso, es más eficaz que durante el ingreso hospitalario, puesto que una vez ingresado y horas antes a la intervención el nivel de ansiedad es superior y su capacidad de retención de información se ve más alterada.^{27, 28}

La Organización Mundial de la Salud, define calidad de vida como: "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"²⁹. Con los diferentes avances que se están sucediendo en el tratamiento del cáncer, se está produciendo un aumento en el tiempo que estos pacientes viven, y en consecuencia se están viendo acentuados los problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, los cuales, están relacionado de forma negativa con la calidad de vida de estos paciente.³⁰ Por ello, entender que es la calidad de vida es esencial, para comprender, asesorar y apoyar a los usuarios, ofreciéndoles información sobre el proceso quirúrgico y un cuidado apropiado.²⁹ Es por esto, que últimamente se está haciendo mayor hincapié en estos problemas psicológicos para que la calidad de vida no se vea mermada.³⁰

Entre las intervenciones que se realizan para el control/tratamiento de la ansiedad se encuentran las técnicas de relajación. La relajación consiste en intentar una modificación del tono a través de una relación mediatizada por el cuerpo y sus representaciones psíquicas.³¹

En los últimos años, el interés por las mismas está aumentando, debido a que se trata de una práctica económica y que ha demostrado ser eficaz para disminuir la ansiedad.^{31, 32} La relajación muscular progresiva la desarrolló Edmund Jacobson, basándose en una teoría conocida como psicobiológica. Mediante esta técnica se crea un estado de relajación profunda a través de la tensión-relajación de los músculos³³ permitiendo su relación con el estado mental tenso³⁴. Mediante su práctica se consigue la aparición de la relajación profunda sin apenas esfuerzo, y permite establecer un control voluntario sobre la tensión.³⁵

Las técnicas de relajación, han demostrado ser eficaces como tratamiento adyuvante para disminuir la ansiedad y la depresión, proporcionando a los pacientes habilidades de afrontamiento necesarias para reducir los síntomas de ansiedad. Además, ha demostrado que mejora la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes enfermedades³⁶ y que es efectiva para disminuir el dolor postoperatorio en pacientes con cáncer mama. Este enfoque debe ser tenido en cuenta, porque su uso mejora la salud en general en pacientes con cáncer.³⁷

Cuando la relajación se realiza en grupos, debemos de contar con otras ventajas añadidas, puesto que el tratamiento grupal cuenta con numerosas investigaciones que refrendan su efectividad, ya que se trata de una herramienta terapéutica muy importante y rentable que fomenta las interacciones interpersonales,³⁸ mejora el estado anímico de la persona, aumenta su capacidad de afrontamiento y mejora su calidad de vida.³⁹

Por otra parte, "las intervenciones de la enfermería para hacer frente a situaciones difíciles requieren de una competencia profesional en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que hace considerar a la enfermera como el profesional más asequible y cercano que proporciona confianza y seguridad y como profesional más capacitado la enfermera especialista en salud mental. Siendo ésta la que debe dar una respuesta adecuada a las necesidades del momento, proporcionar una atención de calidad y dar unos cuidados que se ajusten a las necesidades y demandas de los usuarios".⁴⁰

Por la importancia de lo expuesto, y tras comprobar la escasez de evidencia científica, donde se aplique la relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad generada en el proceso quirúrgico concretamente en pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal, puesto que los estudios más similares que hemos encontrados han sido un estudio de caso-control que data de 2003, en el cual, se comprueba la efectividad de la relajación preoperatoria en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que precisan ostomía tras la cirugía y otros 2 de la misma intervención pero en diferentes cánceres como el de mama y en el cáncer de próstata, en los cuales se demuestran que ésta reduce la ansiedad en los pacientes que se someten a la relajación preoperatoria, nos planteamos llevar a cabo nuestro estudio el cual se trata de un estudio cuasiexperimental, donde contaremos con un grupo control y otro experimental, al que se someterá a un programa grupal de relajación muscular progresiva preoperatorio, en pacientes diagnosticados de carcinoma rectal que precisan cirugía, para comprobar la eficacia de dicha intervención reduciendo los niveles de ansiedad que se genera durante el proceso quirúrgico.

2. Bibliografía

1. Ortiz, E, Méndez L, Camargo J, Chavarro S, Toro G, Vernaza M. Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2014; 8(1): 77-83.
2. Galindo Vázquez O, Benjet C, Juárez García F, Rojas Castillo E, Riveros Rosas A, Aguilar Ponce J, Alvarado Aguilar S. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud ment*. 2015; 38(4): 253-258. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58241191004>
3. Dolado Monbloma, SM. ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad sobre su enfermedad? *Enferm integral*. 2011; (96): 39.
4. Ministerio de salud y consumo. Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud. Madrid: ministerio de sanidad y consumo. Centro de publicaciones; 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf
5. Junta de Andalucía. Consejería de salud. II plan integral de oncología de Andalucía 2007-2012. Junta de Andalucía. 2007
6. AECC. Incidencia del cáncer de colon. Madrid; 2015- [actualizado 12/12/2015; acceso 16 de diciembre de 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx>
7. SEOM. Sociedad española de oncología médica. El cáncer en España 2014. SEOM; 2014. Disponible en <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014?start=5#content>

8. National Institutes of Health State of the Science. Conference statement: Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95(15): 1110- 1117.
9. Tavoli A, Mohagheghi M A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterology.* 2007; 7(28): 1-6 doi: 10.1186/1471-230X-7-28
10. Lung Cheung Y, Molassiotis A, Chang AM. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology.* 2003; 12: 254-266
11. Xu L, Pan Q, Lin R. Prevalence rate and influencing factors of preoperative anxiety and depression in gastric cancer patients in China: Preliminary study. *J Int Med Res.* 2016 Feb 8. pii: 0300060515616722.
12. Díez Álvarez E, Arrospide A, Marb J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaura B, Arana JM. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin.* 2012; 22(1): 18-26.
13. The Spanish Centre for Evidence Based Nursing: Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute. Protocol. Clinical effectiveness of psycho-educational interventions to reduce perioperative anxiety in oncology patient
14. Ortigosa Quiles J, Gutiérrez Cantó MA, Astilleros Fuentes M, Sánchez Piñera I, Riquelme Marín A. Los payasos en el hospital: valoración de un programa para reducir la ansiedad ante la cirugía. *C Med. Psicosom.* 2011;(99).
15. Valencia Lara SC. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas.* 2006; 2(2)
16. Osornio Castillo L, García Monroy L, Méndez Cruz AR, Garcés Dorantes LR. Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en medicina familiar.* 2009; 11(1): 11-15
17. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en medición.* 2005; 3:73-86.
18. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J. Neurosurg. Anesthesiol.* 2009; 21(2): 127-130.
19. Badajoz Valer M, Pellicer Algorta MR, Llorente López S, Ballesteros Soria M, Cabrejas De Francisco J, Rubio Blasco E, Aparicio Borjabad M. Nivel de ansiedad prequirúrgica del paciente sometido a cirugía programada. *AEEQ.* 2014; (36): 10-13.
20. Ferrer Pérez, J. Ansiedad y respiración diafragmática. *Enferm integ.* 2010; (89): 16-18.

21. Azkargorta Prat, A. Depresión y ansiedad hoy ¿Patología o normalidad?. Crítica 2011 julio-agosto. [acceso 4 de abril de -2015]; 61 (974): 25-30. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3694019>
22. Rodríguez Gonzalo A, Cidoncha Moreno M A; González Formoso Clara, González Cebrián M, Reviriego Moreno L, Muñoz Tinoco C. Protocolo: evaluación de la efectividad clínica de intervenciones psico-educativas para disminuir la ansiedad perioperatoria del paciente oncológico. Rev Paraninfo Digital, 2011; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/015d.php>
23. Gordillo León F, Arana Martínez J, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam [online]. 2011; 4(3): 228-233.
24. Orihuela Pérez I, Pérez Espinosa J, Aranda Salcedo T, Zafra Norte J, Jimenez Ruiz, RM, González Ramírez AR, Escobar Julián FM. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm Clin. 2010; 20(6): 349-354.
25. Pérez Díaz R, Martin Carbonell MC, Quiñones Castro M. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000;1(2):95-100
26. Carapia Sadurni A, Mejías Terrazas GE, Nacif Goberas L, Hernández Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Rev. Mex anestesiología. 2011; 34(4): 260-263
27. Font Calafella A, Prat Borrassa I, Arnau Bartsb A, Torra Feixasa M, Baeza Ransanz T. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. Enferm Clin. 2011; 21(5): 248-255.
28. Bagés Fortacín C, Lleixà Fortuño MM, Español Puig C, Imbernón Casas G, Munté Prunera C, Vázquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enferm. glob. 2015; 39: 29-40
29. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres hysterectomizadas. Rev Chil obstet ginecol. 2006; 71(3); 216-221.
30. Chujo M, Okamura H. The Skills of Facilitator Nurses in Psycho-Social Group Intervention for Cancer Patients. Yonago Acta Med. 2015 Jun;58(2):69-75. Epub 2015 Aug 18.
31. Gómez Mármol A. La relajación en niños: principales métodos de aplicación. EmásF Rev Dig Educac fis. 2013; 4(24). Disponible en: <http://emasf.webcindario.com>
32. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Paikousis L. A Randomized Controlled Trial for the Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation and Guided Imagery as Anxiety Reducing Interventions in Breast and Prostate Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Evid Based Complement Alternat Med. 2015; 2015:270876. Doi: 10.1155/2015/270876. Epub 2015 Aug 6.

33. Mohamad Rodi I, Foong Ming M, Azad Hassan AR, Zulkifli Md Z, Nor Zuraida Z. Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(4):2237-42.
34. Chen WC, Chu H, Lu RB, Chou YH, Chen CH, Chang YC, O'Brien AP, Chou KR. Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *J Clin Nurs.* 2009 Aug; 18(15):2187-96. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
35. Universidad de Almería. departamento de psicología evolutiva y educación. Relajación progresiva de Jacobson. Disponible en: <http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
36. Li Y, Wang R, Tang J, Chen C, Tan L, Wu Z, Yu F, Wang X. Progressive muscle relaxation improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:792895. doi: 10.1155/2015/792895. Epub 2015 Apr 1.
37. Song QH, Xu RM, Zhang QH, Ma M, Zhao XP. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *Int J Clin Exp Med.* 2013. 25; 6(10):979-84. eCollection 2013.
38. Poves Oñatea S, Romero Gamero R, Vucinovich N. Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un centro de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30(107): 409-418.
39. Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología.* 2007; 4(1): 133-142.
40. Díaz Domínguez MI, Viljanen KE, Santiago Rojano GP. Intervención de la enfermera especialista en salud mental con los familiares de enfermos en procesos de trasplante renal: mejorando la salud mental de las familias. *Biblioteca Lascasas.* 2011; 7(3). Disponible en: www.index-f.com/lacajas/documentos/lc616.php
- Escalas:
41. López Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massuti B, Rodríguez Marín J et al. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. *Revista de psicología de la salud.* 2000; 12(2).
42. Servicio nacional de salud. Guías de práctica clínica en SNS. Guía de práctica clínica en cuidados paliativos. Escala visual analógica (EVA). 223-224. Disponible en: www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
43. http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/on-line/valNorm/valores Normales2_8.html
44. García Juárez MR, López Alonso SR, Orozco Cózar MJ, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MJ et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit.* 2011; 25 (6).

45. Cabrero García J, Richart Martínez M, Reig Ferrer Abilio. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo-multimétodo reducida. *Análisis y modificación de la conducta*. 1993; 19(65).

46. Sánchez R, Alexander-Sierra F, Oliveros R. Relación entre calidad de vida y estadio clínico en pacientes con cáncer gastrointestinal. *Rev esp enferm dig*. 2012; 104(11).

47. Ihn MH, Lee SM, Son IT, Park JT, Oh HK, Kim DW, et al. Cultural adaptation and validation of the Korean version of the EORTC QLQ-CR29 in patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer*. 2015 Dec; 23(12):3493-501. doi: 10.1007/s00520-015-2710-0. Epub 2015 Apr 1.

3. Hipótesis y objetivos

3.1 Hipótesis

El programa grupal de relajación muscular progresiva preoperatorio, dirigido por la enfermera especialista en salud mental, disminuirá la ansiedad generada durante el proceso quirúrgico en pacientes con carcinoma colorrectal.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de un programa grupal de relajación muscular progresiva preoperatoria, dirigido por la enfermera especialista en salud mental, para disminuir la ansiedad generada durante el proceso quirúrgico de pacientes con carcinoma colorrectal, en el hospital universitario virgen de Valme.

3.2.2 Objetivo específico

- Analizar la ansiedad en el grupo experimental antes y después de participar en el programa de relajación, y en las etapas del proceso quirúrgico y evaluar con respecto al grupo control.
- Analizar la existencia de depresión en el grupo experimental antes y después de participar en el programa de relajación, y en las etapas del proceso quirúrgico y evaluar con respecto al grupo control.
- Evaluar el dolor antes de participar en el programa y en las diferentes etapas del proceso quirúrgico, y compararla entre los pacientes del grupo control y el grupo experimental.
- Determinar la estancia postoperatoria en los pacientes del grupo experimental frente al grupo de control.
- Evaluar los niveles de satisfacción de los usuarios de ambos grupos.
- Analizar la calidad de vida de ambos grupos.

4. Metodología

4.1 Diseño Metodológico

El diseño que se propone para la investigación es de carácter cuasi-experimental controlado, longitudinal y prospectivo.

Al grupo control, se le aplicaran los cuidados habituales en el proceso del tratamiento del cáncer colorrectal y al grupo experimental además de dichos cuidados, se les incluirá en el programa de relajación muscular progresiva.

4.2 Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la unidad de gestión clínica de enfermedades digestivas, del Hospital universitario Virgen de Valme de Sevilla.

4.3 Población de estudio

La población de estudio está compuesta, por los pacientes diagnosticados de carcinoma rectal, que precisen de intervención quirúrgica programada, que sean atendidos en la unidad de gestión clínica de enfermedades digestivas del hospital universitario de Valme y que deseen participar en el estudio de forma voluntaria.

4.4 Criterios de Inclusión

- Mayor de edad.
- Diagnóstico de carcinoma colorrectal, en el que se precise intervención quirúrgica programada.
- Aquellos que firmen, de forma voluntaria, el consentimiento informado. (Anexo I)

4.5 Criterios de Exclusión

- Menores de edad.
- Diagnóstico de carcinoma rectal, en el cual no será preciso la intervención quirúrgica.
- Diagnóstico de carcinoma rectal, en el que la intervención no sea programada, debido a la urgencia que plantea la situación de gravedad.
- Aquellos que no firmen, de forma voluntaria, el consentimiento informado o quienes habiéndolo firmado manifiesten su deseo de no ser incluido.
- Pacientes con deterioro cognitivo.

4.6 Tamaño muestral

Para conseguir una potencia del 80%, para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: p_1 = p_2$ mediante una prueba de McNemar para dos muestras relacionadas, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5,00%, y asumiendo que la proporción de pacientes con ansiedad previa a la intervención es del 33%, y esperando reducir al 15% tras la intervención el porcentaje de pacientes con ansiedad y la proporción de pares discordantes es del 20%, teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandonos es del 10% sería necesario reclutar 52 pacientes para

el grupo experimental en el estudio y otros 52 pacientes para el grupo de control. En total serán necesarios 104 pacientes.

4.7 Variable independiente

Programa grupal formativo, sobre la técnica de relajación muscular progresiva, en pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal, que precisan intervención quirúrgica. (Anexo II)

4.8 Variables dependientes

-Nivel de ansiedad y depresión: se medirá a través de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria de HADS. (Anexo III)

“La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), conformada por 14 ítems, fue creada por Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983) y permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad”.¹⁷

La HADS está estructurada como una escala tipo Likert que va de 0 a 3, los pacientes deben expresar los sentimientos que sintieron durante la última semana. Esta escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados, la subescala de la depresión, por un lado, que se centra en la anhedonia como síntoma nuclear y que diferencia la ansiedad de la depresión. Las puntuaciones para ambas subescalas son: Normal: 0-7, Dudoso: 8-10, Problema clínico: > 11.¹⁷

“La escala HADS ha demostrado ser un instrumento adecuado y sensible a los cambios tanto durante el curso de la enfermedad, como en respuesta al tratamiento psicoterapéutico e intervención psicofarmacológica”.²

“La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión.”¹⁷ Además, esta escala ha sido validada para la población oncológica española.⁴¹

Los niveles de ansiedad serán medidos por la enfermera especialista en Salud Mental, mediante esta escala en la primera y quinta sesión del programa de relajación, posteriormente se realizara una nueva medición, 1 hora antes de la intervención quirúrgica, en el postoperatorio entre las 48-72h y se realizara una última evaluación de seguimiento a los 3 meses después de la realización de la primera.

- Nivel de dolor postoperatorio. Se medirá a través de la escala visual analógica (EVA). (Anexo IV)

“La Escala Visual Analógica (EVA), permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones

extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros”.⁴²

“Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, pero no sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas”.⁴³

La escala EVA se administrará por las enfermeras especialista en diferentes momentos, se pasará en la primera y en la quinta sesión del programa grupal de relajación muscular progresiva, 1 hora antes de la intervención quirúrgica y después en diferentes momentos del postoperatorio a las 24, 48, 72 horas y una última evaluación a los 3 meses desde que se realizó la primera medición.

- Satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos por las enfermeras, para lo que hemos elegido el cuestionario LOPSS 12 (La Monica-Oberst Patient Satisfaction) (Anexo V) modificado: es una escala de 12 ítems con respuesta tipo Likert en un rango de 1 a 7. Presenta respuestas negativas o positivas con las que el paciente debe especificar su grado de acuerdo, el valor 1 equivale al mayor grado de satisfacción. El cuestionario está validado para su uso escrito.⁴⁴ “La versión española (Cabrero y Richart 1990) ha mostrado una fiabilidad alfa de 0.92, y resultados muy similares a los originales”.⁴⁵

La satisfacción de los pacientes será medida por la enfermera especialista en salud mental, a través de este cuestionario en la primera y quinta sesión del programa grupal de relajación muscular progresiva y 3 meses después de haber realizado el primer cuestionario.

- Tiempo de ingreso. Se realizará un recuento del número de días que los pacientes han estado hospitalizado durante el proceso quirúrgico.

- Calidad de vida: usaremos el cuestionario EORTC QLQ C30/ EORTC CR29 (Anexo VI y VII).

“El EORTC QLQ C30 es una herramienta común para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer o sometidos a un tratamiento para el mismo que cuenta con 30 ítems evaluados en una escala de 4 (hay dos preguntas que se califican entre 1 y 7). Los ítems configuran 15 dominios, la mayoría de los cuales corresponden a síntomas físicos (estado general de salud, funcionamiento físico, rol funcional, funcionamiento emocional, funcionamiento cognoscitivo, funcionamiento social, fatiga, náusea/vómito, dolor, disnea, insomnio, anorexia, constipación, diarrea y problemas financieros)”.⁴⁶

El EORTC CR29 contiene 29 ítems. Es un cuestionario que mide la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal. En él se abordan los síntomas gastrointestinales, el dolor y problemas con la micción, se usan escalas separadas para los participantes con y sin un estoma y elementos que abordan la función sexual en hombres y mujeres. Las categorías de respuesta para cada elemento son los mismos que los utilizados en el QLQ-C30. Las respuestas al cuestionario EORTC QLQ C30 y el QLQ-CR29 se

convirtieron linealmente en puntuaciones 0-100 puntos. Las puntuaciones altas representan un nivel más alto (mejor) de funcionamiento o un nivel más alto (peor) de los síntomas.⁴⁷

La calidad de vida de los pacientes será medida por la enfermera especialista en salud mental, a través de este cuestionario en la primera y quinta sesión del programa grupal de relajación muscular progresiva y 3 meses después de haber realizado el primer cuestionario.

La razón por la que los diferentes cuestionarios se pasarán en diferentes periodos de tiempo tras la intervención, es para minimizar el sesgo de aprendizaje o proximidad, ya que estos se van a aplicar en más de una ocasión.

4.8.1 Tabla de variables de estudio. (Tabla 1)

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALOR
Ansiedad/Depresión	Categorica/Policotómica	Cuantitativa	Puntuación obtenida en instrumentos de medida: escala HADS.
Dolor	Categorica/Policotómica	Cuantitativa	Puntuación obtenida en instrumentos de medida: EVA
Satisfacción	Policotómica	Cuantitativa	Puntuación obtenida a través de la escala LOPSS12.
Tiempo de ingreso	Continua	Cuantitativa	Puntuación obtenida por el recuento de días.
Calidad de vida	Policotómica	Cuantitativa	Puntuación mediante: EORTC QLQ C30/ EORTC CR29

Tabla 1: Elaboración propia.

4.9 Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. En la primera y en la quinta sesión, del programa de relajación, se procederá a pasar los cuestionarios previamente comentados (HADS, EVA, LOPSS-12 y EORTC QLQ C30/ EORTC CR29).

La escala EVA, además se volverá a pasar 1 hora antes de la intervención quirúrgica, a las 24, 48, 72 h postoperatorias y a los 3 meses desde la realización de la primera escala.

La escala HADS, también se pasará 1 hora antes de la intervención quirúrgica, entre las 48-72 h postoperatorias y posteriormente a los 3 meses del primer cuestionario.

La escala LOPSS-12, se pasara nuevamente a los 3 meses de la primera vez.

El cuestionario EORTC QLQ C30/ EORTC CR29, se repetirá el cuestionario a los 3 meses, de la primera vez.

Por otra parte, también se recogerán los datos referentes al número de días de estancia de hospitalización de los pacientes operados de carcinoma colorrectal.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos.

La información se obtendrá directamente de los pacientes que forman parte de nuestro estudio. Dicha información será almacenada en una base de datos que será diseñada exclusivamente para este estudio.

4.10 Análisis de los datos

Realizaremos estadística descriptiva de las variables del estudio. Para ello usaremos frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas según sigan o no una distribución normal (Shapiro-Wilk ($n < 50$)) se verán resumidas mediante $Md \pm SD$ (media, desviación estándar) y rango (mínimo y máximo) o P50 [P25 - P75] (mediana, rango intercuartílico) respectivamente.

P

Para el análisis de los cambios producidos en el grupo experimental pre post intervención, realizaremos la prueba de McNeumar en el caso de variables cualitativas dicotómicas. Para el caso de variables cuantitativas realizaremos la técnica t de Student para medidas repetidas o test de Wilcoxon según proceda.

Para comparar aquellas medidas que sean realizadas más de dos veces se usará Q de Cochran para variables cualitativas y una ANOVA de medidas repetidas o test de Friedman para las variables cuantitativas, según proceda.

La de los grupos de estudios mediante test χ^2 para las variables cualitativas. Comparación de las variables cuantitativas según los grupos de estudio, mediante la t-Student o la U Mann-Whitney.

Se aportarán los Intervalos de confianza al 95%, así como el tamaño del efecto.

El nivel de significación estadística, se establecerá en $p < 0.05$. Los datos serán analizados con el software IBM® SPSS® Statistics 19.

4.11 Limitaciones del estudio

El estudio puede verse limitado por el sesgo de deseabilidad social, ya que los participantes pueden orientar sus respuestas para dar una buena imagen de sí mismos, de este modo pueden modificar la respuesta que realmente refleja sus sentimientos u opiniones a favor de la que se considera más positivamente valorada.

Otra limitación es por el sesgo de aprendizaje, debido a que vamos a aplicar el mismo instrumento de medida en más de una ocasión. Por ello, se intentará reducir dicho sesgo haciendo diferentes mediciones en el tiempo.

Por último, puede verse sesgado por la dificultad de coincidencia temporal de varios candidatos a estudio para formar un grupo, por lo que el equipo investigador se mostrará flexible y ofrecerá varios horarios para el desarrollo de la intervención, con el objeto de que los sujetos puedan participar durante todo el proceso.

5. Aspectos éticos y legales

A los participantes del estudio se les informará verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de las participantes. Los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial.

El proyecto se desarrolla en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se solicitará la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

6. Relevancia del estudio

El cáncer es una de las enfermedades más temidas, pues se asocia a la muerte, el dolor, el sufrimiento y se relaciona con una peor calidad de vida. En los últimos años, se ha producido un aumento en la incidencia de diagnóstico de cáncer colorrectal, probablemente promovido por la mejora en los métodos de diagnóstico precoz, y aunque el tratamiento es cada vez más eficaz, sigue siendo el segundo cáncer más mortal tanto en hombres como en mujeres.

En los últimos años, la enfermería ha empezado a desarrollar su función en investigación, la cual está avanzando y abriendo nuevos caminos. La efectividad de las terapias no farmacológicas, están siendo una de las principales aplicaciones de las investigaciones, podemos destacar entre ellas el apoyo emocional, inteligencia emocional o las mismas técnicas de relajación. Estas técnicas además de haber demostrado tener beneficios para el paciente, han demostrado serlo también para el sistema, puesto que son técnicas que requieren pocos recursos económicos y la mayoría pueden trabajarse de forma grupal, lo que igualmente disminuye los costes.

Mediante estas técnicas se pretende que los participantes adquieran habilidades cognitivas conductuales, las cuales están estructuradas y son fáciles de aplicar en

cualquier medio, consiguiendo con ellas la reducción de la ansiedad, el dolor, y favorecer una mejor calidad de vida.

Por tanto si nuestra hipótesis se corrobora, con nuestra intervención se dotaría de las habilidades y conocimientos necesarios para que el paciente en diferentes situaciones pueda detectar su estado de ansiedad y sea capaz de aplicar la técnica para reducirla. Esta ansiedad genera un gran malestar, de modo que también estaríamos indirectamente favoreciendo una mejor calidad de vida.

Por otro lado, favorecería lo que se conoce como la función de enlace de la enfermera especialista en salud mental, rompiendo así con la dinámica que hace pensar que su campo de acción se limita a las unidades de salud mental, de esta forma el campo de actuación se agranda a otros servicios donde estas técnicas pueden ser igualmente beneficiosas, aunque los pacientes no sean propiamente de salud mental. Además se fomentan los grupos de intervenciones grupales, fomentando una de las funciones más importantes de la enfermera: la promoción de la salud y la participación en los grupos educativos.

7. Cronograma

Actividad 1: duración 4 meses. Sesiones conjuntas del equipo de puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición detallada de la metodología a seguir.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.

Actividad 2: duración 8 meses

- Elaboración y estandarización de los contenidos de las actividades del programa.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Captación y recogida de los datos de los sujetos sometidos a estudio.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro y valoraciones.
- Diseño de la base de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Impresión del material gráfico (hojas de registro, cuestionarios, test, etc.)
- Puesta en común para homogeneizar la información.
- Captación de la muestra y distribución aleatoria de los grupos.

Actividad 3: duración 12 meses

- Puesta en marcha del programa.
- Reuniones del equipo cada mes para reevaluación y seguimiento del protocolo.
- Continuación de recogida, codificación y registros de datos.

Actividad 4: duración 4 meses

- Análisis e interpretación de los datos.
- Elaboración de los resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo científico del proyecto.

8. Recursos y presupuesto económico

8.1 Recursos materiales

Un ordenador portátil.
Programas de office Word, Excel, PowerPoint.
Un proyector.
Una impresora.
Un teléfono móvil con línea corporativa.
Bolígrafos.
CD's.
Fotocopias de test y cuestionarios.
Fotocopias de hojas de consentimiento informado.
Colchonetas.
Una sala dónde se llevarán a cabo las sesiones.

8.2 Recursos humanos

Una enfermera especialista en Salud Mental y un EIR, que alternarán y distribuirán equitativamente el trabajo a realizar.

8.3 Presupuesto (Tabla 2)

CONCEPTOS	PRESUPUESTO
Equipamiento inventariable: 1 Ordenador portátil 1 Impresora 1 Proyector Programas de office Word, Excel, PowerPoint. Colchonetas 1 Teléfonos móviles con línea corporativa	2000
Material fungible: Consumibles informáticos (cd, pen drive) Material de oficina (bolígrafos, fotocopias de trípticos, tests y Cuestionarios)	300
Material bibliográfico: NANDA, NOC,NIC Bibliografía referente a grupos psicoeducativos Bibliografía referente a relajación muscular progresiva y carcinoma colorrectal	500
Viajes y dietas: Desplazamientos para sesiones Reuniones de equipo Congresos Nacionales	2000

Tabla 2: Elaboración propia.

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Programa grupal de relajación muscular progresiva de Jacobson, dirigido por la enfermera especialista de salud mental, para disminuir la ansiedad generada durante el proceso quirúrgico en pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal.

El Sr./Sra. con DNI....., declara haber sido informado por, como enfermera especialista en Salud Mental y responsable del estudio, para participar en dicho estudio de investigación que se va a realizar próximamente, con el objetivo principal de determinar la efectividad de un programa grupal de relajación muscular progresiva de Jacobson, en la unidad de gestión clínica de enfermedades digestivas del hospital universitario virgen de Valme. Dirigido a pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal, para evaluar si disminuye la ansiedad tras la intervención respecto a otros pacientes que no participan en el estudio.

He sido informado de que en el transcurso del programa, se hablará sobre los sentimientos, la experiencia vivida por el resto de integrantes del grupo, así como afrontan la enfermedad. Todos los participantes en el grupo podrán expresar libremente sus opiniones, ya que todas ellas son valiosas para alcanzar los objetivos del estudio. Toda la información obtenida de este estudio será anónima y siempre manteniendo la confidencialidad, pudiendo ser usada sólo a efectos científicos y nunca divulgativos. De igual manera, entiendo que debo mantener la absoluta confidencialidad de todos los temas tratados en el grupo. Así mismo, acepto participar libre y voluntariamente en dicho estudio y declaro haber comprendido el objetivo, metodología y carácter voluntario del estudio; pudiendo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

En Sevilla a..... de..... de 2016.

Firma del participante.

Firma del investigador.

Revocación del consentimiento informado por parte del participante

En Sevilla a..... de..... de 2016.

Firma del participante.

Firma del investigador

Anexo II

- Programa grupal de relajación muscular progresiva de Jacobson, dirigido por la enfermera especialista de salud mental, para disminuir la ansiedad generada durante el proceso quirúrgico, en pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal.

El programa, se realizará con grupos de 5-10 personas, consta de 5 sesiones de 1 hora cada una y que se realizan con una periodicidad de días alternos, siguiendo la siguiente cadencia: Lunes-Miércoles-Viernes, por tanto la duración del mismo será de 2 semanas, y una consulta individual con la enfermera especialista en salud mental, a los 3 meses de la realización del programa grupal de relajación muscular progresiva, en la cual, se pasaran nuevamente los cuestionarios para ver si el efecto del programa se prolonga en el tiempo.

El objetivo del programa es apoyar a los pacientes diagnosticados de carcinoma rectal que precisan cirugía, ofreciéndole una estrategia que les ayude a reducir o controlar la ansiedad que se genera durante el proceso quirúrgico, intentando a su vez reducir el dolor y que la estancia hospitalaria sea más satisfactoria y reducida en el tiempo.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Dotar de una técnica práctica y fácil, para su aplicación en su día a día.
- Garantizar el apoyo a cada participante en las distintas sesiones.
- Ofrecer a los participantes la posibilidad de que puedan descubrir sus recursos personales.
- Garantizar que todos los participantes disponen de las capacidades, habilidades y conocimientos adecuados para controlar o disminuir su ansiedad/dolor.
- El enfoque del programa es, principalmente práctico, la parte teórica será mínima y servirá a modo de introducción y explicación de las bases del mismo.
- La metodología es dinámica y participativa, lo que facilita la transferencia de los conocimientos y técnicas desarrolladas durante las sesiones.

Estructura de las sesiones

Cada sesión se estructurara en tres partes, claramente diferenciadas. La primera parte será la parte más teórica, siendo en la primera sesión, donde se tratara principalmente el grueso de la teoría, en las sesiones posteriores esta primera parte será aprovechada para que cada paciente cuente como ha desarrollado la técnica en casa. La segunda parte se trabaja de forma práctica la técnica de relajación muscular progresiva. En la tercera y última parte, se facilitara la expresión de sentimientos, opiniones y dudas que hayan podido surgir en el transcurso de la sesión.

En cuanto al método, cabe señalar que todas las sesiones tienen la misma estructura: Objetivo, contenido, desarrollo (material didáctico y técnicas grupales) y tareas para realizar en sus domicilios por cada uno de los miembros del grupo.

En el transcurso de las sesiones, se hará hincapié en los aspectos prácticos: el material didáctico que se les aporta a los miembros del grupo, las técnicas grupales que facilitan la participación activa de los mismos y las actividades que deben desarrollar

individualmente en sus hogares. De modo, que se potencie la participación activa, junto con la adquisición de recursos y habilidades.

A continuación se detallan los contenidos de cada una de las sesiones.

- Primera sesión

Contenido:

-Presentación; en esta sesión se presentaran los profesionales que conducirán el grupo así como cada uno de los participantes, esta presentación se realizará mediante la rueda de presentaciones, la cual puede ser aprovechada para que cada integrante aclare cuáles son sus expectativas respecto al grupo.

-Explicación de las normas del grupo (reglas de encuadre grupal): participación, puntualidad, compromiso y respeto.

-Se aprovecha esta primera sesión para pasar los diferentes cuestionarios. (HADS, EVA, LOPPS-12, EORTC QLQ C30/ EORTC CR29)

- Parte teórica:

1. ¿Qué es la ansiedad?
2. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Usos y ventajas.
3. Entrega de material de apoyo. Hojas explicativas de la relajación muscular de Jacobson.

-Cierre: se dedicará para que puedan ser expresadas las dudas, sentimientos, opiniones de los participantes. Aprovecharemos este cierre, para indicarles que en las próximas sesiones, traigan ropa cómoda que pueda favorecer una mejor relajación.

- Segunda sesión

1º parte:

Saludo a todos los participantes.

Se animará a que puedan expresarnos las dudas que puedan surgir en relación a la sesión anterior.

2º parte:

Enseñanza de la secuencia a realizar en cada uno de los ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Enseñanza de ejercicios prácticos: Cara y cuello.

3º parte:

Cierre de la sesión: Se aclaran, todas las dudas, dificultades etc, de igual modo puede ser expresadas las opiniones y sentimientos surgidos durante la sesión.

Se expresa la necesidad de que los ejercicios aprendidos sean practicados en casa e incorporados a la vida diaria.

Se recuerda que se debe traer ropa cómoda.

- Tercera sesión

1º parte:

Saludo a todos los participantes.

Se animará a que puedan expresarnos las dudas que puedan surgir en relación a la sesión anterior.

2º parte:

Se recuerda la secuencia a realizar en cada uno de los ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Enseñanza de ejercicios prácticos: Brazos y Tronco superior.

3º parte:

Cierre de la sesión: Se aclaran, todas las dudas, dificultades etc, de igual modo puede ser expresadas las opiniones y sentimientos surgidos durante la sesión.

Se expresa la necesidad de que los ejercicios aprendidos sean practicados en casa e incorporados a la vida diaria.

Se recuerda que se debe traer ropa cómoda.

- Cuarta sesión

1º parte:

Saludo a todos los participantes.

Se animará a que puedan expresarnos las dudas que puedan surgir en relación a la sesión anterior.

2º parte:

Se recuerda la secuencia a realizar en cada uno de los ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Enseñanza de Ejercicios prácticos: Tronco inferior y piernas.

3º parte:

Cierre de la sesión: Se aclaran, todas las dudas, dificultades etc, de igual modo puede ser expresadas las opiniones y sentimientos surgidos durante la sesión.

Se expresa la necesidad de que los ejercicios aprendidos sean practicados en casa e incorporados a la vida diaria.

Se recuerda que se debe traer ropa cómoda.

- Quinta sesión

1º parte:

Saludo a todos los participantes.

Se animará a que puedan expresarnos las dudas que puedan surgir en relación a la sesión anterior.

2º parte:

Enseñanza de la secuencia a realizar en cada uno de los ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Se realiza sesión de relajación completa.

3º parte:

Cierre de la sesión: Se aclaran, todas las dudas, dificultades etc, de igual modo puede ser expresadas las opiniones y sentimientos surgidos durante la sesión.

Se expresa la necesidad de que los ejercicios aprendidos sean practicados en casa e incorporados a la vida diaria.

Se vuelven a pasar las escalas pasadas con anterioridad.

Despedida del grupo.

Se les recuerda que aunque las sesiones han terminado, de forma individual volveremos a vernos en el postoperatorio para continuar con los cuestionarios.

- Consulta individual de enfermería:

1º parte:

Saludo a los participantes y se animarán a que puedan expresarnos las dudas y sentimientos vividos desde el alta hospitalaria.

2º parte:

Se pasaran los cuestionarios del estudio.

3º cierre:

Se refuerza la realización de los ejercicios de relajación aprendidos y la importancia de que sean incorporados a la vida diaria.

Se ofrece nuestra disponibilidad para cualquier problema o duda que pudiese surgir, aunque la persona haya finalizado el programa.

Despedida.

Anexo III

HADS; Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)
Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estadio emocional puede prestarle entonces una mejor ayuda. Este cuestionario ha sido elaborado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen en la izquierda. Lea cada pregunta y señale la respuesta que usted considere que coincide con su estado emocional en su última semana. No es necesario que piense la respuesta por mucho tiempo: en este cuestionario las respuestas espontaneas tienen más valor que las que se piensan mucho.
A.1 Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.
D.1 Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que siempre. 1. No tanto como antes. 2. solamente un poco.

3. ya no disfruto nada.
A.2 Siento una especie de temor como si algo malo fuese a suceder: 3. Si y muy intenso. 2. Sí pero no muy intenso. 1. sí pero no me preocupa. 0. No siento nada de eso.
D.2 Soy capaz de reírme y ver el lado bueno de las cosas: 0. Igual que siempre. 1. Actualmente algo menos. 2. Actualmente mucho menos. 3. Actualmente en absoluto.
A.3 Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.
D.3 Me siento alegre: 0. Nunca. 1. Muy pocas veces. 2. En algunas ocasiones. 3. Gran parte del día.
A.4 Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. siempre. 1. A menudo. 2. Raras veces. 3. Nunca.
D.4 Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día. 2. A menudo. 1. A veces. 0. Nunca.
A.5 Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo” en el estómago: 0. Nunca. 1. Solo en algunas ocasiones. 2. A menudo. 3. Muy a menudo.
D.5 He perdido mi interés por mi aspecto personal: 3. Completamente. 2. No me cuido como debería hacerlo. 1. Es posible que no me cuide como debiera. 0. Me cuido como siempre lo he hecho.
A.6 Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho. 2. Bastante. 1. No mucho. 0. Nunca.
D.6 Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre. 1. Algo menos que antes.

2. Mucho menos que antes. 3. En absoluto.
A.7 Experimento de repente sensaciones de mucha angustia o temor: 3. Muy a menudo. 2. Con cierta frecuencia. 1. Raramente. 0. Nunca.
D.7 Soy capaz de disfrutar con un buen libro o programa de radio o televisión: . 0. A menudo. 1. Algunas veces. 2. Pocas veces. 3. Casi nunca.

Diseño escala: elaboración propia.

Valoración; considera entre 0-7 no indica caso, entre 8-10 sería un caso dudoso y la puntuaciones superiores a 11, son posiblemente casos en cada una de las subescalas.

Anexo IV

Escala Visual Analógica (EVA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

Diseño escala: elaboración propia.

Anexo V

Cuestionario LOPSS de satisfacción con los cuidados enfermeros

Instrucciones: Voy a leer una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que están ingresadas en el hospital. Después debe indicarme su grado de acuerdo con dicha afirmación. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

<u>Las/os enfermeras/os que le atendieron en el hospital,</u>
1) Me ayudaron a comprender mi enfermedad Totalmente de acuerdo 1 Bastante de acuerdo 2 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5
2) Parecían más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones Totalmente de acuerdo 5 Bastante de acuerdo 4 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 2 Totalmente en desacuerdo 1

<p>3) Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero Totalmente de acuerdo 1 Bastante de acuerdo 2 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5</p>
<p>4) Deberían ser más amables Totalmente de acuerdo 5 Bastante de acuerdo 4 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 2 Totalmente en desacuerdo 1</p>
<p>5) Tuvieron poca paciencia Totalmente de acuerdo 5 Bastante de acuerdo 4 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 2 Totalmente en desacuerdo 1</p>
<p>6) Pocas veces consideraron mis opiniones y preferencias con respecto a los planes de mi cuidado Totalmente de acuerdo 5 Bastante de acuerdo 4 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 2 Totalmente en desacuerdo 1</p>
<p>7) Daban consejos útiles Totalmente de acuerdo 1 Bastante de acuerdo 2 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5</p>
<p>8) Podía compartir con ellas mis sentimientos Totalmente de acuerdo 1 Bastante de acuerdo 2 Ni acuerdo ni desacuerdo 3 Bastante en desacuerdo 4 Totalmente en desacuerdo 5</p>

9) Tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente

Totalmente de acuerdo 5

Bastante de acuerdo 4

Ni acuerdo ni desacuerdo 3

Bastante en desacuerdo 2

Totalmente en desacuerdo 1

10) Me comprendían cuando les contaba mis problemas

Totalmente de acuerdo 1

Bastante de acuerdo 2

Ni acuerdo ni desacuerdo 3

Bastante en desacuerdo 4

Totalmente en desacuerdo 5

11) Deberían realizar su trabajo más a conciencia

Totalmente de acuerdo 5

Bastante de acuerdo 4

Ni acuerdo ni desacuerdo 3

Bastante en desacuerdo 2

Totalmente en desacuerdo 1

12) En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas

Totalmente de acuerdo 5

Bastante de acuerdo 4

Ni acuerdo ni desacuerdo 3

Bastante en desacuerdo 2

Totalmente en desacuerdo 1

TOTAL:

Diseño escala: elaboración propia.

Anexo VI

EORT QLQ C-30

EORTC QLQ-C30 (versión 3) Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para Hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio? Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a? Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4

19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?									
Pésima	1	2	3	4	5	6	7		Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?									
Pésima	1	2	3	4	5	6	7		Excelente

Anexo VII

EORTC QLQ – CR29

Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada. Responda rodeando con un círculo el número que mejor se corresponde con su caso.

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
31. ¿Orinó con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
32. ¿Orinó con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
33. ¿Alguna vez se orinó sin querer?	1	2	3	4
34. ¿Tuvo dolor al orinar?	1	2	3	4
35. ¿Tuvo dolor de barriga o de estómago?	1	2	3	4
36. ¿Tuvo dolor en las nalgas/Región anal/recto?	1	2	3	4
37. ¿Tuvo una sensación de hinchazón en el abdomen?	1	2	3	4

38. ¿Había sangre en las heces?	1	2	3	4
39. ¿Ha observado la presencia de mucosidad en las heces?	1	2	3	4
40. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
41. ¿Has perdido pelo como consecuencia de su tratamiento?	1	2	3	4
42. ¿Has sufrido algún problema Relacionado con el sentido del gusto?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
43. ¿Has estado preocupado/a por su salud futura?	1	2	3	4
44. ¿Se ha sentido preocupado/a por su peso?	1	2	3	4
45. ¿Se sintió menos atractivo/a físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
46. ¿Se sintió menos varonil/femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
47. ¿Se sintió desilusionado/a con su cuerpo?	1	2	3	4
48. ¿Lleva Vd. Una bolsa de Colostomía/ileostomía?				
(Por favor rodee con un círculo la respuesta correcta)	Sí			No
Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho

Responda estas preguntas SOLO SI TIENE UNA BOLSA DE COLOSTOMÍA; en caso contrario, siga más adelante:

49. ¿Ha sufrido alguna pérdida Involuntaria de gases/flatulencias a través del recto o de la bolsa colectora?.	1	2	3	4
50. ¿Ha sufrido alguna pérdida de heces a través de la bolsa colectora?	1	2	3	4
51. ¿Ha sufrido alguna inflamación De la piel situada alrededor de la Bolsa colectora?	1	2	3	4
52. ¿Tuvo que cambiar la bolsa Frecuentemente durante el día?	1	2	3	4
53. ¿Tuvo que cambiar la bolsa Frecuentemente durante la noche?	1	2	3	4
54. ¿Sintió vergüenza a causa de su bolsa?	1	2	3	4
55. ¿Tuvo problemas con el cuidado de su bolsa?	1	2	3	4

Responda estas preguntas SOLO SI NO TIENE UNA BOLSA DE COLOSTOMÍA; en caso contrario, siga más adelante:

49. ¿Ha sufrido alguna pérdida Involuntaria de gases/flatulencias a través del recto?	1	2	3	4
50. ¿Ha sufrido alguna pérdida de heces a través del recto?	1	2	3	4
51. ¿Ha sufrido alguna inflamación de la piel situada alrededor de la región anal?	1	2	3	4
52. ¿Fue de vientre con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
53. ¿Fue de vientre con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
54. ¿Sintió vergüenza por tener que hacer de vientre?	1	2	3	4
<u>Durante las últimas 4 semanas:</u>	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
<u>Sólo para varones:</u>				
56. ¿Hasta qué punto estuvo Interesado en el sexo?	1	2	3	4
57. ¿Le costó alcanzar o mantener la erección?	1	2	3	4
<u>Sólo para mujeres:</u>				
58. ¿Hasta qué punto estuvo Interesada en el sexo?	1	2	3	4
59. ¿ Tuvo dolor o molestias Durante el coito?	1	2	3	4

Diseño: elaboración propia