

En este apartado hablaremos de diferentes **técnicas de desactivación** que se pueden emplear con pacientes oncológicos.

Técnicas de desactivación

Conocimientos básicos para psicooncólogos

Es importante disponer de ellas puesto que vamos a trabajar con **pacientes que pueden presentar altos niveles de activación** por diferentes razones. Estas técnicas nos servirán para manejar la ansiedad, el insomnio y el dolor, entre otros.



El **objetivo** de las técnicas de desactivación es **enseñar a las personas a controlar sus niveles de activación**. Nos encontramos, probablemente, ante una de las estrategias terapéuticas más empleadas en el ámbito de la psicología clínica. Es por ello que han llegado a recibir el sobrenombre de "aspirina conductual" (Vázquez, 2001).

Es importante mencionar que su objetivo no es eliminar completamente los niveles de activación, puesto que estos son necesarios en cierta medida para obtener un rendimiento óptimo, sino que pretenden rebajar la activación, suprimiendo aquella ansiedad que pueda interferir con el funcionamiento del paciente.

Estas técnicas son muy útiles en los pacientes oncológicos porque son **económicas, no tienen efectos adversos, son fáciles de aprender y aplicar, y son aceptadas por los pacientes** (Crespo, 2014). Cabe destacar que pocas veces se emplean de manera individual, es decir, normalmente se incluyen dentro de paquetes de tratamiento o forman parte de otras técnicas como la desensibilización sistemática o la inoculación de estrés (Vázquez, 2001). Además, son una estrategia de afrontamiento activo que da sensación de control y aumenta el sentido de autoeficacia del paciente ("*Yo por mí mismo puedo relajarme*") (Bernaldo de Quirós, 2018).

Aunque existen numerosas técnicas de desactivación (entrenamiento autógeno de Schultz, *mindfulness*, hipnosis, yoga...) en este documento nos centraremos en tres de ellas por su facilidad de adquisición por parte del terapeuta y por su elevado uso en oncología.

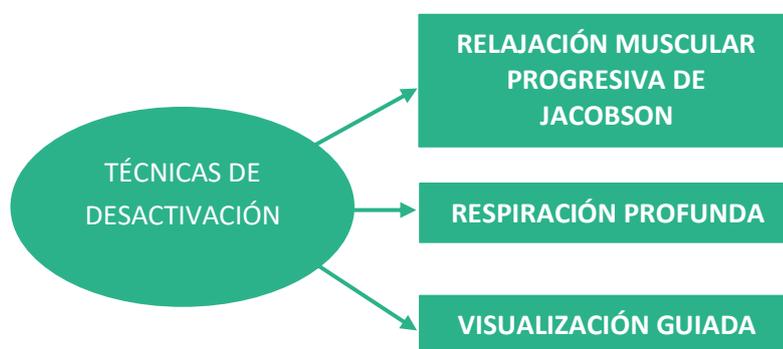


Figura 1. Técnicas de desactivación que se van a abordar en el documento

Tradicionalmente, se ha hablado de dos tipos de relajación: la "física", que incluye los programas que emplean estrategias de tensión-distensión, respiración y control de respuestas fisiológicas por *biofeedback*, y la "cognitiva", que incluye los que utilizan sugerencias de modificación de sensaciones corporales y concentración de la atención (Vázquez, 2001). Esta separación resulta útil para determinar qué tipo de técnica vamos a escoger dependiendo de si la respuesta de ansiedad del paciente se manifiesta más a nivel fisiológico o cognitivo.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

El método de relajación muscular progresiva fue desarrollado en 1929 por el médico y psicólogo Edmund Jacobson. No obstante, no tuvo una buena acogida puesto que en cada sesión de una hora enseñaba a los pacientes a relajar 2 o 3 grupos musculares, abarcando un total de 50, con lo que el entrenamiento podía durar más de un año. El método se popularizó a finales de los años cincuenta gracias a Wolpe que lo empleó, reduciéndolo, como respuesta incompatible para la desensibilización sistemática (Vázquez, 2001).

Entre las versiones que han ido apareciendo, la de Bernstein y Borkovec (1973, citados en Vázquez, 2001) ha sido una de las más utilizadas. De hecho, es la que vamos a emplear con pacientes oncológicos puesto que se trabaja con grupos musculares amplios y no lleva mucho tiempo (Crespo, 2014). El procedimiento original de Bernstein y Borkovec constaba de 10 sesiones y se trabajaba primero con 16 grupos musculares, luego con 7 y después con 4 (Bernaldo de Quirós, 2018). El que emplearemos en oncología (*ver Tabla 1*) es una versión más reducida que consta de cuatro fases (Crespo, 2014):

1. Siete grupos musculares: ejercicios de tensión-distensión, con repetición.
2. Cuatro grupos musculares: ejercicios de tensión-distensión, con repetición.
3. Cuatro grupos musculares: ejercicios de tensión-distensión (sin repetición) y evocación de las sensaciones de relajación en esos cuatro grupos musculares.
4. Evocación de sensaciones de relajación en los cuatro grupos musculares mediante imaginación guiada.

Cabe destacar que, independientemente de la versión de la relajación muscular progresiva que empleemos, **su objetivo es siempre que la persona aprenda a identificar el nivel de tensión de cada grupo muscular y a aplicar estrategias para controlarlo**. El **objetivo ulterior**, sin embargo, es **aprender a identificar las sensaciones de tensión y poder eliminarlas o reducirlas con un simple recorrido mental**, sin necesidad de tensar (Crespo, 2014).

Tabla 1.

Procedimiento de entrenamiento en relajación muscular progresiva para pacientes oncológicos

Fase	Grupos musculares	Ejercicio
7 grupos musculares (tensión-distensión) (con repetición)	Brazo dominante	Apretar el puño y empujar con el codo el respaldo del asiento
	Brazo no-dominante	Apretar el puño y empujar con el codo el respaldo del asiento
	Cara	Levantar las cejas, al tiempo que se arruga la nariz y se aprieta la mandíbula estirando las comisuras de los labios
	Cuello y garganta	Empujar la barbilla hacia el pecho intentando no tocarlo
	Tórax, hombro, espalda y abdomen	Hacer una inspiración profunda y mantenerla, juntando los omóplatos por detrás y poniendo duro el estómago (sacándolo o metiéndolo)
	Pierna dominante	Levantar ligeramente la pierna, estirando los dedos de los pies y torciendo el pie hacia dentro
	Pierna no dominante	Levantar ligeramente la pierna, estirando los dedos de los pies y torciendo el pie hacia dentro
4 grupos musculares (tensión-distensión) (con repetición)	Ambos brazos	Igual que en la fase de siete grupos musculares, pero con los dos brazos a la vez
	Cara y cuello	Tensar los músculos faciales al mismo tiempo que se realiza el ejercicio de tensión del cuello
	Tórax, hombro, espalda y abdomen	Igual que en el entrenamiento de los siete grupos musculares
	Ambas piernas	Igual que en la fase de siete grupos musculares, pero con las dos piernas a la vez
4 grupos musculares (tensión-distensión, sin repetición + evocación)	Ambos brazos	<ul style="list-style-type: none"> - Concentrar la atención en la tensión que pueda haber en el grupo muscular - Instrucciones para evocar la relajación de ese grupo muscular - Si está relajado pasar al siguiente, si no, relajar de nuevo el grupo
	Cara y cuello	
	Tórax, hombro, espalda y abdomen	
	Ambas piernas	
Evocación con imaginación guiada		Incluye instrucciones de evocación e imágenes de relajación

Nota. Adaptado de Crespo (2014)

En las tres primeras fases (tensión y distensión de 7 y 4 grupos musculares), la secuencia básica para cada grupo muscular es la siguiente (Crespo, 2014):

- 1) Descripción del ejercicio de tensión.
- 2) Estímulo/señal para tensar (por ejemplo, “Ahora”).
- 3) Tensión del músculo (si es necesario repetir la descripción del ejercicio mientras el paciente lo realiza). Mantener la tensión 5-10 segundos. Dar instrucciones para que el paciente identifique las sensaciones de tensión del músculo y centre su atención en ellas.
- 4) Estímulo de corte para finalizar la tensión (por ejemplo, “Relax” o “Suelta”).
- 5) Instrucciones para la relajación del músculo. Dar instrucciones para que el paciente identifique las sensaciones de relajación del músculo y centre su atención en ellas. Se mantiene la relajación unos 30 segundos (el triple de tiempo de lo que se mantuvo la tensión).
- 6) En las dos primeras fases repetir el ejercicio, en la tercera no.

Por su parte, la relajación a través de la evocación se realiza empleando los cuatro grupos musculares, pero sin tensar. La secuencia es la siguiente (Crespo, 2014):

- 1) Concentración en la tensión que pueda haber en el grupo muscular.
- 2) Dar instrucciones para evocar la relajación de ese grupo muscular. Mantener la relajación 30-45 segundos.
- 3) Pedir al paciente que indique si el grupo está relajado. En caso afirmativo, pasar al siguiente grupo muscular; en caso contrario, relajar de nuevo ese grupo.

Hasta el momento se han explicado los ejercicios de tensión y relajación, pero es importante saber cómo sería la secuencia desde que se propone la relajación al paciente hasta que este la pone en práctica y la termina. A continuación, se describe el procedimiento (Bernaldo de Quirós, 2018):

- 1) **Explicación y/o modelado.** Lo mejor es explicarle al paciente con información auditiva y visual cómo se va a realizar la relajación (antes de que lo haga solo). Así puede preguntar si le surge alguna duda.
- 2) **Sintonización de reposo.** Una vez el paciente tiene claro cómo se tensan los distintos grupos musculares le pedimos que se siente/tumbe e iniciamos la sintonización de reposo. Esta consiste en desconectar de lo otro, prestar atención al cuerpo, cerrar los ojos... Debería durar al menos 2 minutos.
- 3) **Ejercicios de tensión y relajación.** En esta parte tenemos que estar muy atentos a la respuesta del paciente. Si vemos, por ejemplo, que se duerme, tendremos que ajustar el volumen de voz.
- 4) **Recorrido mental** de todas las zonas que se han ido relajando.
- 5) **Vuelta al estado normal: procedimiento de salida gradual.** Se hace de manera progresiva, cada uno a su ritmo, y moviendo en primer lugar las partes distales (manos y pies), para poco a poco ir abriendo los ojos, estirándonos...

- 6) **Feedback del paciente.** Es importante solucionar dudas o problemas que hayan podido surgir e intercambiar impresiones (ver si realmente el sujeto se ha podido relajar, qué grupos musculares le han costado más, etc.).
- 7) **Acuerdo de práctica entre-sesiones.** Es necesaria la práctica continuada y para ello se pide al paciente que realice los ejercicios en casa. Aunque algunos autores sugieren que lo óptimo es practicar dos veces al día, esto puede ser difícil, sobre todo al inicio. Es por ello que propondríamos al paciente una meta realista: un entreno al día (Vázquez, 2001). Puede ser interesante haber grabado la sesión y darle el audio. Se puede pedir al sujeto, además, que cumplimente el siguiente autorregistro y lo traiga a la próxima sesión.

Tabla 2.

Ejemplo de autorregistro de la práctica entre-sesiones

FECHA	HORA DE INICIO	TENSIÓN AL INICIO (siendo 0 ninguna y 10 mucha)	HORA AL TERMINAR	TENSIÓN AL FINAL (0-10)	OBSERVACIONES

Nota. Tomado de López y Crespo 2007, citados en Crespo, 2014

* Lo habitual es optar por **sesiones cortas, nunca superiores a 45 minutos** (Crespo, 2014). De hecho, se aconsejaría que la duración, desde la sintonización de reposo hasta la salida gradual, fuera de unos 20-30 minutos (Bernaldo de Quirós, 2018).

A medida que avanza el entrenamiento, sobre todo cuando se pasa a la evocación, cobran importancia las sugerencias y las imágenes. Son útiles (Crespo, 2014):

- Los **recorridos mentales** por las zonas relajadas (*“recorre las zonas de tu brazo que hemos relajado, los dedos, la muñeca...”*).
- Las **comparaciones entre las zonas relajadas y las no relajadas.**
- El **recuento** (*“1-2, nota como brazos y piernas se relajan más y más; 3-4, concéntrate en los músculos de la cara y cuello mientras se van relajando aun más profundamente, 5-6, deja que los músculos del tórax, hombro, espalda y abdomen se relajen aun más profundamente...”*).
- La **evocación de sensaciones del entrenamiento autógeno** como la sensación de peso (*“fíjate como tu cuerpo se hunde cada vez más en la silla, el suelo...”*), calor (*“nota como el sol caliente tus piernas”*) y la respiración (*“céntrate en tu respiración, sin intentar modificarla, dejándola fluir de manera natural, fácil, sin esfuerzo”*).
- El **uso de imágenes de tensión** (nudos, cuerdas, músculos rojos...) y relajación (nudos que se deshacen, cuerdas que se desenrollan, músculos que se vuelven azules...).

RECURSO PARA EL TERAPEUTA

A continuación, se presenta un vídeo elaborado por la autora de este documento, donde se podrá encontrar un ejemplo de relajación muscular progresiva (7 grupos musculares). Al pinchar directamente en la fotografía, se llevará al lector al vídeo de *youtube*.



Relajación muscular progresiva (7 grupos musculares) (Force, 2020b)

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

La respiración es un proceso esencial para la vida. Su objetivo es proveer al organismo de oxígeno y, aunque normalmente se lleva a cabo de manera automática en un proceso de cuatro fases (inspiración, pausa inspiratoria, espiración y pausa espiratoria), puede ser controlada por el individuo.

En general, se suele hablar de la existencia de **tres patrones respiratorios**: la **respiración clavicolar**, la **respiración torácica** y la **respiración diafragmática** (ordenadas de más superficial a más profunda). Cuando nos sentimos ansiosos y aumentan los niveles de activación, predomina la respiración torácica y tiene lugar un incremento de la tasa respiratoria que puede llevar a la hiperventilación. Aunque la respiración torácica y la hiperventilación pueden ser adaptativas en situaciones de estrés, si tienen lugar frecuentemente y de manera prolongada en el tiempo pueden aumentar la sensación de fatiga y la ansiedad. Es por ello que las **técnicas de respiración** son un recurso útil, puesto que **permiten al paciente controlar de manera voluntaria su respiración y así reducir su nivel de activación** (Vázquez, 2001).

En la actualidad, existen multitud de métodos de entrenamiento para el control de la respiración. Todos ellos presentan algunas **ventajas** evidentes: son **fáciles de aprender**, **pueden ser aplicados en cualquier lugar** sin necesidad de interrumpir la actividad que se está realizando y **pueden ser empleados por pacientes que presentan dificultades para** imaginar y por aquellos que no pueden realizar una relajación muscular progresiva debido a los problemas que les origina la tensión muscular. Además, suelen ser mejor aceptados por aquellos pacientes tímidos o que se

sienten incómodos durante la aplicación de los procedimientos de entrenamiento en relajación (Vázquez, 2001).

Si bien se han desarrollado infinidad de métodos de entrenamiento para el control de la respiración, aquí se hará mención al de Labrador, de la Puente y Crespo (1993, citado en Crespo, 2014), que consta de cinco ejercicios, graduados en orden de dificultad creciente. Cabe destacar que, aunque Crespo (2014) lo adapta y utiliza solo tres ejercicios, a continuación, se expondrá la versión original, con cinco. Es conveniente iniciar el entrenamiento sentado.

Tabla 3.

Entrenamiento en control de la respiración

Ejercicio 1

Objetivo: Conseguir que al inspirar el aire se dirija y llene en primer lugar la parte inferior de los pulmones.

Procedimiento: Se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima del estómago (por encima del ombligo). En cada inspiración se intenta llenar de aire la parte inferior de los pulmones. Si se hace de manera adecuada, se debe mover la mano del vientre, pero no la que está sobre el estómago. Tampoco se debería mover el pecho.

Ejercicio 2

Objetivo: Conseguir que al inspirar el aire se dirija a la parte inferior y media de los pulmones.

Procedimiento: Se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima del estómago (por encima del ombligo). La inspiración se lleva a cabo en dos tiempos. En el primer tiempo se tiene que hinchar la zona del vientre y en el segundo la del estómago (moviéndose primero una mano y luego la otra).

Ejercicio 3

Objetivo: Desarrollar una respiración completa en tres tiempos.

Procedimiento: Hay que dirigir el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre, luego a la del estómago y para finalizar hacia el pecho.

Ejercicio 4

Objetivo: Conseguir una espiración completa, regular y lenta.

Procedimiento: Se realiza la inspiración como en el ejercicio 3 y se comienza la espiración cerrando bastante los labios para que el aire produzca un leve ruido al salir. Debemos imaginar que queremos apagar la llama de una vela, pero no de golpe (la espiración tiene que ser pausada y constante, no brusca).

Ejercicio 5

Objetivo: Conseguir una adecuada alternancia respiratoria.

Procedimiento: En la inspiración se mantendrá el recorrido habitual (ventral, estomacal, pectoral), pero no se realizará en tres tiempos sino en uno continuo. La espiración se hará de manera pausada y constante hasta expulsar todo el aire de los pulmones (se trata de ir eliminando los sonidos que la acompañaban).

Nota. Adaptado de Bernaldo de Quirós (2018)

Todos los ejercicios duran entre dos y cuatro minutos y se deberían de repetir tres o cuatro veces, dejando un descanso entre repeticiones de dos minutos donde se puede comentar con el paciente cómo se ha sentido, qué dificultades ha presentado...

En este caso se pide al paciente como **tarea entre-sesiones** que practique **tres veces al día durante cinco minutos**. Se podría, también, mandar un autorregistro como el de la *Tabla 2* para que lo cumplimentara.

VISUALIZACIÓN GUIADA

Esta técnica **se conoce también como imaginería sensorial guiada**. Aunque sería más apropiado denominarla así, puesto que es un procedimiento que evoca imágenes que incluyen todas las modalidades sensoriales y no solo la visual, en este documento se ha optado por denominarla visualización guiada por la mayor facilidad en su pronunciación y recuerdo por parte de los pacientes. Independientemente del nombre que le queramos dar, esta técnica se basa en el principio de que **la representación mental de la realidad puede provocar en el organismo las mismas reacciones que la propia realidad** (Crespo, 2014).

El objetivo de la técnica es crear una imagen de un lugar que el paciente asocie a un estado de relajación. Lo que se pretende, pues, es que la imagen sirva como estímulo o clave para relajarse (Crespo, 2014).

Cabe destacar que, en los pacientes oncológicos, Lewis y Sharp (2011), citados en Crespo (2014), sí diferencian entre los términos imaginería sensorial guiada y visualización guiada, reservando este último para aquellos procedimientos en que se enseña al paciente a visualizar sus defensas naturales luchando contra el cáncer.

Los ejercicios de visualización pueden variar según su grado de dirección y estructuración (guiados o no guiados). En un primer lugar, es importante hacer una visualización guiada, donde el terapeuta presente todos los detalles. No obstante, poco a poco será conveniente que el psicólogo vaya retirando su guía para que el paciente coja autonomía (Crespo, 2014).

El entrenamiento que se propone en este documento se compone de diferentes fases y suele durar unos **20 minutos aproximadamente**:

- **Fase 0.** Previa al entrenamiento. **Ejercicios de calentamiento** para explorar cómo va la capacidad de imaginación del paciente y entrenarla. Siguiendo un orden de dificultad creciente se entrenaría primero la vista y luego el oído, tacto, gusto y olfato. Posteriormente se integrarían todas las modalidades sensoriales y se harían preguntas muy concretas al paciente para ver si ha sido capaz de imaginar (por ejemplo, “¿Estaba madura la futa?” o “¿Dónde estaba cuando la has cogido?”). Ver figura 2.
- **Fase 1. Selección del tema.** Lo ideal sería que fuera un lugar especial para el paciente y así elaborar una visualización guiada a medida. El lugar puede ser real o imaginario, pero tiene que ser tranquilo y permitir incluir todas las modalidades sensoriales. Además, no puede estar asociado a emociones negativas. Smith (1999), citado en Crespo (2014), propone los siguientes temas:
 - Viaje (globo, barco, tren...).
 - Escenario natural (bosque, prado, paisaje nevado, desierto...).
 - Agua (baño caliente, lago, playa...)
 - Escenario interior (casa de la infancia, templo, palacio...) real o imaginario. Hay que completar los detalles (qué ve, oye, huele y qué siente tocando su piel).

Es necesario que el paciente se encuentre con los ojos cerrados y relajado, intentando evocar el lugar con todo lujo de detalles.

- **Fase 2. Construcción de una imagen o escena personalizada.** El terapeuta tiene las anotaciones de la fase anterior y puede preguntar al paciente más información una vez este haya abierto los ojos y vuelto al aquí y ahora. Se trata de construir la escena, ratificando todo lo que ya sabemos de esta.
- **Fase 3. Ejercicio de imaginación de la escena construida.**
 - Sintonización de reposo.
 - Visualización guiada por las anotaciones, introduciendo todas las categorías sensoriales.
 - Visualización no guiada (10 minutos).
 - Salida gradual.

Si nos encontramos con un paciente que sabemos que tiene pensamientos negativos recurrentes, puede ser útil incluir imágenes de eliminación de estos pensamientos (por ejemplo, imaginar que escribe los pensamientos en la arena y las olas se los llevan). También puede ser interesante incluir escenas sobre el futuro y sus consecuencias positivas (por ejemplo, verse de vacaciones cuando se termine el tratamiento).

Como con las dos estrategias de relajación anteriores, sería necesario acordar con el paciente la práctica entre-sesiones. Puede ser interesante, pues, haber grabado la sesión y entregarle el audio. En este caso, debido a la extensión del procedimiento, se pediría que entrenara una vez al día. Se podría también dejarle un autorregistro para que lo cumplimentara.

RECURSO PARA EL TERAPEUTA

A continuación, se presenta un vídeo elaborado por la autora de este documento, donde se podrá encontrar un ejemplo de visualización guiada realizada para un paciente oncológico. Al pinchar directamente en la fotografía, se llevará al lector al vídeo de *youtube*.



Visualización guiada (Force, 2020a)



Figura 2. Ejemplos de ejercicios de calentamiento para el entrenamiento en visualización guiada. Tomado de Fanning (1988, citado en Crespo, 2014)

APLICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE DESACTIVACIÓN EN ONCOLOGÍA

Las aplicaciones de las técnicas de desactivación en oncología son múltiples (Crespo, 2014):

- **Preparación para intervenciones y pruebas diagnósticas** (cirugías, trasplante de médula ósea, punciones lumbares, endoscopias...). Este tipo de intervenciones y pruebas suelen provocar ansiedad anticipatoria, miedo al dolor y a la desfiguración. En este caso podríamos emplear la **relajación muscular progresiva**, la **respiración diafragmática** o la **visualización guiada**.
- **Náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia**, principalmente, aunque pueden aparecer también en algunos tipos de radioterapia. Con el objetivo de prevenir las náuseas y los vómitos condicionados se suele emplear la **relajación muscular progresiva combinada con la visualización guiada**. Burish, Carey, Krozely y Greco (1987, citados en Crespo, 2014), crearon un programa de preparación para la quimioterapia. A continuación, se expone una tabla resumen de este programa, adaptado por Crespo (2014).

Tabla 4.

Esquema del programa de relajación para la preparación para la quimioterapia

Antes del tratamiento de quimioterapia		
Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de la técnica al paciente - Aplicación de la relajación muscular progresiva (7 grupos musculares) - Grabación de una cinta para que el paciente practique en casa <p><i>*Sería aconsejable enseñarle a cumplimentar un autorregistro (ver Tabla 2) para llevar un control de la práctica, de su utilidad y de las dificultades encontradas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la práctica realizada (autorregistro) - Aplicación de la relajación muscular progresiva (4 grupos musculares) - Identificación de imágenes relajantes para que el terapeuta tenga la información para poder llevar a cabo la visualización guiada en la siguiente sesión - Grabación de una cinta para que el paciente practique en casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la práctica realizada (autorregistro) - Aplicación de la relajación muscular progresiva (evocación) + visualización guiada (15 minutos)

Durante el tratamiento de quimioterapia		
Sesión 1	Sesión 2 y 3	Sesión 4
<ul style="list-style-type: none"> - 45 minutos antes de la sesión de quimioterapia: relajación progresiva + visualización guiada - Se empieza a administrar la quimioterapia mientras el sujeto sigue con la visualización guiada - Grabación de una cinta para que el paciente practique en casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Similar a la sesión anterior, pero cada vez se emplea menos tiempo para la relajación previa al tratamiento y se va dando más responsabilidad al paciente, combinando la visualización guiada con la visualización no guiada 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoadministración del procedimiento (el terapeuta deberá supervisar cómo está yendo, aunque no es necesario que lo haga en las sesiones de tratamiento)

Nota. Adaptado de Crespo (2014)

- **Dolor** (independientemente de si es debido a pruebas diagnósticas invasivas, tratamiento médico, progresión tumoral...). En este caso podríamos recurrir a la **relajación muscular progresiva** y a la **visualización guiada**. Las técnicas de desactivación tienen un valor preventivo, disminuyendo la activación simpática que puede contribuir a la aparición de dolor. Además, rompen el ciclo dolor-tensión-dolor, reduciendo los niveles de tensión muscular y sirven como estrategia distractora. Sobra decir que es necesario adaptar los ejercicios en función de las circunstancias de los pacientes, evitando, por ejemplo, que tensen aquellas zonas en las que presentan dolor.
- **Insomnio** (con frecuencia asociado al dolor). Se emplea principalmente la **relajación muscular progresiva** y el **entrenamiento en respiración**. De este modo conseguimos una disminución de la latencia del sueño.
- **Cuidados paliativos**. Se emplea principalmente la imaginación sensorial guiada para controlar la ansiedad y el agotamiento emocional.

REFERENCIAS

- Bernaldo de Quirós, M. (2018, diciembre 18). *Técnicas desactivación, respiración y relajación* [Apuntes Académicos]. Recuperado de <https://cv4.ucm.es/moodle/course/view.php?id=127021>
- Crespo, M. (2014). Técnicas de relajación. En J. A. Cruzado (Coord.), *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pp. 102-122). Madrid: Pirámide.
- Force, E. (2020a, abril 28). *Visualización guiada* [Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=2gv-kG78gnQ&t=7s>
- Force, E. (2020b, mayo 3). *Relajación muscular progresiva (7 grupos musculares)* [Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Nr1uqniqrnU>
- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.