

# VIII

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO

---

J.A. Flórez Lozano

*Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo*

*«Mi vida se había detenido súbitamente. Podía respirar, comer, beber, dormir. No podía evitar que eso fuera así; pero en mí no había verdadera vida.»*

**León Tolstoy**

*«Mi confesión», 1887.*

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma de mama, como ya hemos dicho, es una de las enfermedades malignas más frecuentes en la mujer. En Alemania enferman por primera vez de este carcinoma entre 12.000 y 15.000 mujeres. Aproximadamente, 1 de cada 15 mujeres llega a manifestar en el curso de su vida dicho malignoma. Su formación se contempla en la actualidad como un suceso multifactorial, en el que se discuten como factores causales una serie de influencias biológicas, genéticas, ambientales, virus, alimentación, influencias hormonales, etc.

En principio, el carcinoma mamario tiene que adscribirse al grupo de tumores de dependencia hormonal; se forma del tejido cuyo crecimiento y desarrollo es regulado, normalmente, por el sistema endocrino. Los estudios epidemiológicos y experimentales dan motivo para sospechar una serie de hormonas en el desencadenamiento de este proceso fisiopatológico: estrógenos, gestágenos y andrógenos, tanto de origen ovárico como adrenal, corticosteroides adrenales, hormonas de la glándula tiroides, prolactina y hormona del crecimiento. La literatura en este apartado es especialmente rica y novedosa. Se discute, asimismo, la base genética hereditaria del carcinoma mamario; en efecto, en el carcinoma mamario de los seres humanos puede

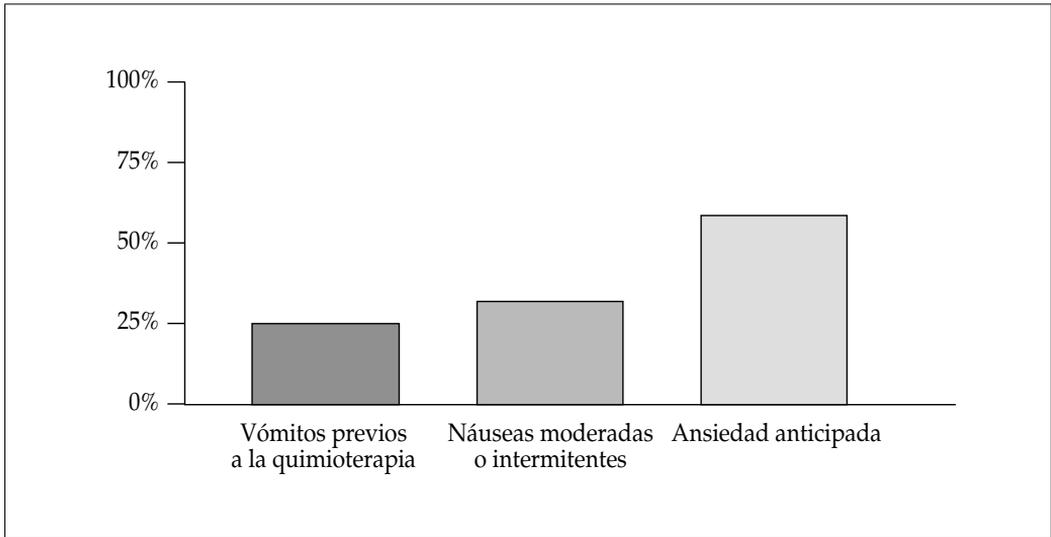
determinarse, con cierto alcance, una acumulación familiar. Anderson (1972, 1974) mantiene que una predisposición genética sólo es valorable en determinadas poblaciones con influencias ambientales poco divergentes y homogeneidad tan grande como sea posible del colectivo de pacientes. Según sus exploraciones se comprueban mucho más a menudo influencias genéticas en las portadoras de carcinoma mamario que se presenta precozmente (premenopausia) y multilobular (bilateral o multicéntrico), que en pacientes con carcinoma unilobular de presentación tardía (posmenopausia).

Sus estudios han mostrado, además, que no siempre es concluyente hablar de un riesgo de cáncer de mama, en general del doble al triple en las familias de mujeres enfermas de cáncer mamario; el riesgo es, con mucho, más elevado si la afección se presenta con carácter familiar, premenopáusico y multilobular; en cambio, en la afección unilateral, tanto en la premenopausia como en la posmenopausia, es mínimo. Por otra parte, muchos autores suponen que los virus, en caso de que representen un papel etiológico, son un factor necesario pero no suficiente para la formación del carcinoma mamario en el ser humano. Como mínimo deben considerarse además otros factores etiológicos, por ejemplo, influencias hormonales, genéticas, inmunológicas o de condicionamiento ambiental.

De otro lado, los estudios experimentales en animales de laboratorio y las observaciones clínicas permiten suponer relaciones de dependencia entre la formación tumoral o estimulación del crecimiento y funciones inmunológicas; por ejemplo, el elevado porcentaje de malignomas en enfermas con afecciones inmunológicas carenciales o en las que se encuentran bajo terapéutica inmunosupresora. Deben considerarse, por otra parte, una serie de factores fundamentales en la formación del carcinoma mamario, tales como factores del medio ambiente, alimentación, consumo de grasa y adiposidad. Se discuten fundamentalmente en relación con modificaciones del sistema endocrino; las modificaciones del metabolismo de estrógenos y andrógenos condicionadas por la alimentación figuran en primer término. También es posible una influencia del sistema endocrino por factores psicosociales, pero, según Wenderlein (1978) los factores de estrés psicosociales sólo son significativos en una parte muy escasa de factores de riesgo del cáncer de mama comprobados epidemiológicamente.

En la actualidad se sabe que la terapéutica coadyuvante puede aumentar la supervivencia a los diez años. Alrededor de la tercera parte de este beneficio puede adscribirse al uso racional de la poliquimioterapia, aunque el resto puede obtenerse libremente o con «tratamiento hormonal» (con algunos años de tamoxifeno o, para las más jóvenes, con la ablación ovárica). Según el Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (1990), estos tratamientos proporcionan una pequeña pero clara mejoría en la supervivencia a los cinco años; sin embargo, lo que puede constituir una novedad es que estas medidas terapéuticas proporcionan una diferencia más acentuada en la supervivencia registrada a los diez años.

Alrededor de 4 de cada 5 mujeres con cáncer de mama tienen 50 años o más de edad, y entre éstas el tamoxifeno tiene poca toxicidad y ejerce beneficios claros. Entre las mujeres más jóvenes los efectos del tamoxifeno son menos definidos, pero la ablación ovárica y la quimioterapia citotóxica prolongan la supervivencia, y estos beneficios son análogamente discernibles en diversos subgrupos clinicopatológicos (Sunderland, 1991). Por lo tanto, mientras que la te-



**Figura 1.** Reacciones psicológicas a la quimioterapia.

rapéutica del cáncer de mama resulta cada vez más eficaz, es también más exigente en lo que respecta a la colaboración de la paciente. La mujer puede caer en momentos de *profundo desánimo* en el curso de la quimioterapia, momentos en los que precisa un profundo apoyo de quienes la rodean (Fig. 1).

### PREDISPOSICIÓN PSICOLÓGICA

La posibilidad de realizar una intervención psicológica con el fin de reducir la morbimortalidad de la mujer con cáncer de mama supone que han de existir ciertos aspectos psicológicos que al menos, en una pequeña parte, han de participar en su desencadenamiento. Estudios clásicos realizados en este sentido, como los de Thomas y cols. (1979) han puesto de manifiesto que la dinámica familiar a todos los efectos es especialmente importante. El aislamiento, la falta de comunicación, apoyo emocional, interacción «padres-hijos», soledad y represión emocional parecen conformar un tipo especial de personalidad, especialmente predisuesto para la aparición de la enfermedad. Las experiencias psicológicas en la infancia parecen tener una implicación importante en la explicación de la enfermedad, siendo un posible factor predictivo. Según Horne y cols. (1980) los tres parámetros que predicen con la máxima seguridad un diagnóstico ulterior de cáncer son: *una pérdida afectiva importante, la estabilidad en el puesto de trabajo y la carencia de planes para el futuro*. La restricción de las relaciones humanas y una sexualidad *muy insatisfactoria* también parecen intervenir en el desarrollo de esta enfermedad. Los mecanismos psicofisiológicos son realmente muy complejos, pero las determinaciones de inmunoglobulinas en pacientes que reprimían crónicamente disgustos, dieron niveles de IgA significativamente más elevados que en enfermas capaces de manifestar sus sentimientos a los «otros».

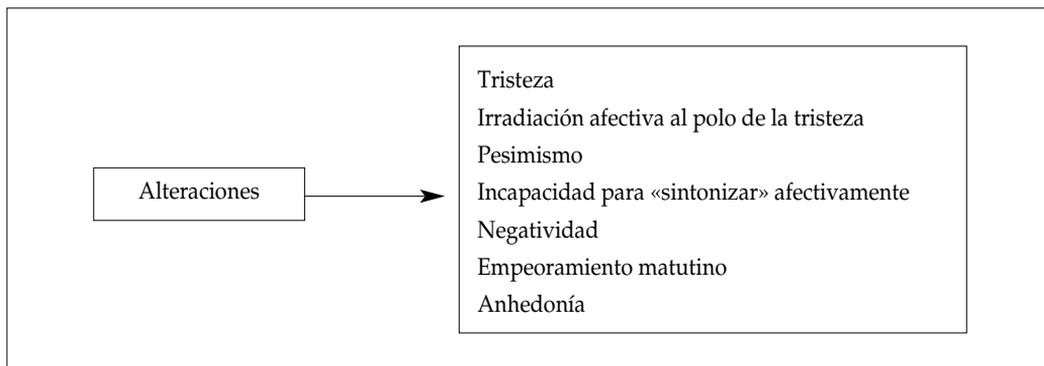


Figura 2. Alteraciones del estado de ánimo en la mujer.

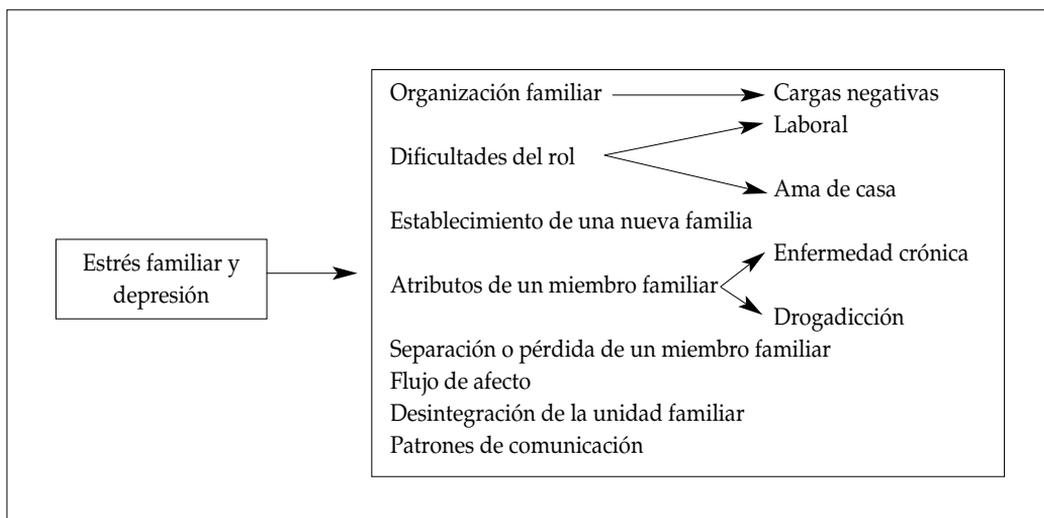
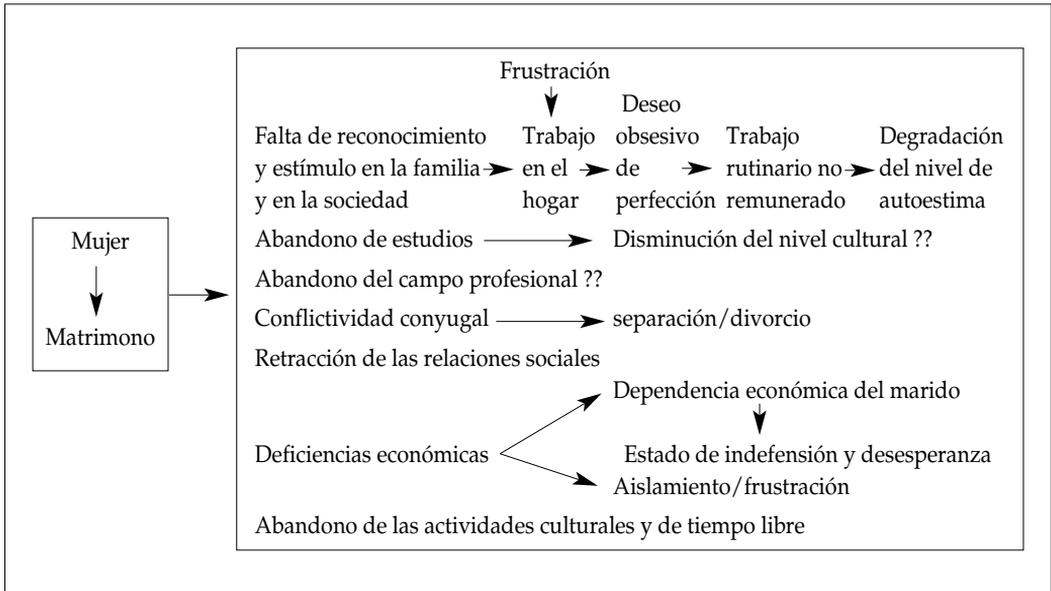


Figura 3. Estrés familiar y depresión en la mujer.

Según Greer (1977), la represión de la cólera y el disgusto daba lugar a concentraciones superiores de IgA en las mujeres. Por eso es muy importante conocer a través de los diversos métodos psicoterapéuticos sus pensamientos y estructura mental para ayudarles, además, a superar una gran confrontación existencial sobre la vida y la muerte que se produce como consecuencia de la enfermedad.

Según Greer y cols., las pacientes más agresivas sobreviven más tiempo; en efecto, las pacientes que reaccionan con *afán de superación o actitud combativa* parecen reaccionar mucho mejor y permanecen más tiempo sin recidivas. En las figuras 2, 3 y 4 ofrecemos una panorámica de los factores más importantes involucrados en la aparición y desarrollo de la enfermedad. De ahí que es absolutamente imprescindible realizar un tratamiento psicológico con el fin de superar estados



**Figura 4.** Depresión y rol sociofamiliar de la mujer

de ansiedad generalizada, depresiones, sentimientos de culpabilidad, estados de inhibición y adinamia, etc.

En la actualidad, también hay que subrayarlo, existe una gran probabilidad de supervivencia; por ello, son perfectamente factibles y útiles determinados tipos de intervención psicológica. Los factores psicosociales pueden afectar el desarrollo de procesos neoplásicos a través de la influencia del sistema nervioso central (SNC), en el sistema inmunológico y endocrino, o bien por la adopción de estilos de vida y exposición a determinados carcinógenos, como es, por ejemplo, el tabaquismo, alcoholismo, drogas, hábitos alimenticios, etc. Algunos trabajos vinculan al cáncer de mama estilos de afrontamiento («coping»), el estrés, el apoyo social, el tipo «C», etc. (Cooper, 1986; Levy y cols., 1988 y 1990).

Como es natural, previo al proceso de intervención psicológica, es necesario una evaluación psicológica que nos permita conocer diversos índices psicosociales y/o variables psicoafectivas (ansiedad, depresión, apoyo social, acontecimientos vitales, estrés crónico, etc.). La ansiedad y la depresión suelen ser las respuestas psicológicas más comunes y que, además, más se han estudiado. Las intervenciones psicológicas en el caso del cáncer de mama se han dirigido fundamentalmente a conseguir un buen apoyo social y afectivo, así como a informar para neutralizar el impacto emocional y social del cáncer (Maleka, 1988). Por otra parte, la radioterapia y la quimioterapia, que pueden conseguir un alargamiento e incluso la curación de la mujer enferma de cáncer de mama, empeoran la calidad de vida de la mujer, ya que suelen aparecer efectos colaterales negativos, tales como náuseas y vómitos, pérdida de pelo, fatiga y ansiedad.

## LA TERAPIA CORPORAL

En el caso del cáncer de mama, la mayor parte de las mujeres son tratadas de forma multidisciplinaria (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc.). Un elevado porcentaje de las mujeres son sometidas a cirugía, siendo la mastectomía radical, el procedimiento quirúrgico generalmente más utilizado. Todavía el número de tratamientos conservadores de mama es relativamente escaso. Por ello, nos vamos a encontrar preferentemente con mujeres con graves mutilaciones y/o deformaciones corporales. Por eso, está perfectamente indicado desarrollar una adecuada terapia corporal. El conocimiento del organismo es el primer paso en el reconocimiento y en la lucha por la reducción del estrés postquirúrgico. Es necesario que la mujer mastectomizada practique ejercicios de conocimiento corporal y de adaptación corporal, tratando de integrar la nueva «cicatriz» al nuevo «esquema corporal». Para ello ha de reconocer la tensión muscular que se produce en cualquier zona anatómica de su cuerpo.

La mujer tiene que diferenciar entre el conocimiento de lo externo y el conocimiento de lo interno (sensaciones, tensiones, dolores, etc.). También tiene que conocer la totalidad de estímulos que proceden del exterior (reales o imaginativos) que influyen en su «cuerpo» y que determinan su bienestar físico y mental. El reconocimiento del cuerpo lo va a realizar básicamente en tres fases:

1. **Toma de conciencia.** Debe de concentrar su atención en el mundo exterior. Después debe de ser capaz de dirigir su atención a su cuerpo y a sus sensaciones físicas, es decir, a su mundo interior.
2. **Exploración del cuerpo.** Es el momento en que la mujer con los ojos cerrados comienza a explorar su propio cuerpo, tomando conciencia de las diversas áreas de tensión. En esta fase la mujer tiene necesariamente que reconocer cualquier tensión muscular, incluidas las zonas de la «cicatriz».
3. **Liberación del cuerpo.** En este momento la mujer tiene que tenderse sobre una cama dura o sobre la alfombra, tiene que disponerse de la manera más cómoda posible; pensar en la respiración concentrándose en su propio cuerpo y dejando que cada una de sus partes se haga consciente de forma espontánea. Lentamente va dejando la iniciativa a su propio cuerpo, al tiempo que va encontrando un gran placer, una sensación de equilibrio, de paz, etc. En efecto, al tiempo que su mente se ha dirigido fundamentalmente a su cuerpo, a todo su cuerpo, y especialmente al pecho amputado, se han ido disipando ideas, imágenes, pensamientos, temores e ideas obsesivas que torturan frecuentemente su pensamiento, su interioridad psíquica, y le llegan a producir auténtica «tristeza vital».

## LA RELAJACIÓN PROGRESIVA

Es relativamente frecuente que la mujer mastectomizada después de esa intervención quirúrgica radical, en la que se puede extirpar no sólo el pecho, sino también algunos nódulos axilares, experimente una gran ansiedad (nerviosismo, irritabilidad, inquietud-agitación, dificultades en el lenguaje, insomnio, intensa transpiración, ideas obsesivas, etc.). Por ello, entendemos que la intervención psicológica a través de la «relajación progresiva» puede constituir una opción

muy terapéutica para tratar de controlar diversos parámetros (frecuencia del pulso, presión de la sangre, grado de transpiración, frecuencia respiratoria, etc.). El procedimiento es relativamente sencillo, requiere un aprendizaje bastante simple. La mujer ha de identificar los músculos que se encuentran crónicamente tensos; a través de la relajación progresiva la mujer mastectomizada identifica este grupo de músculos, pasando a distinguir la sensación de tensión de la relajación profunda.

Es fundamental trabajar con los siguientes grupos musculares:

1. Músculos de la mano, antebrazo y bíceps.
2. Músculos de la cabeza, cara, cuello y hombros. También los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua.
3. Músculos del tórax. Se trata de una de las zonas más importantes en la mujer mastectomizada, ya que la mujer deberá conocer, adaptarse a esa «herida» y eliminar la gran tensión y preocupación que le ha producido la intervención quirúrgica. Deberá poder mirar «normalmente» sin ninguna actitud de rechazo y para ello es fundamental el contacto físico con sus manos y sus dedos.
4. Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies.

Si le resulta más cómodo puede practicar la relajación en una silla procurando que la cabeza esté apoyada en alguna superficie. Cada músculo o grupo de músculos se tensa de cinco a siete segundos y luego se relaja de veinte a treinta; es necesario repetir el proceso unas cuatro o cinco veces, y si después de todo el ejercicio la mujer aún capta alguna zona especialmente tensa, de nuevo realizaremos el conjunto de los ejercicios poniendo un énfasis especial en las sensaciones de tensión (dolor) y de relajación (bienestar, relax). Poco a poco encontrará una sensación de agrado, bienestar y equilibrio que le ayudará a superar los pensamientos de tensión, angustia y, a veces, de desesperación. Los ejercicios de relajación progresiva ayudan a la mujer a superar estados de inhibición, de tristeza profunda, desánimo, desmoralización, etc. Además, mejoran una serie de síntomas secundarios a la intervención quirúrgica y a los tratamientos quimioterápicos (insomnio, anorexia, pensamientos obsesivos, miedos, ideas negativas acerca de «sí misma», ideas acerca de la muerte, etc.).

## LA IMAGINACIÓN COMO TERAPÉUTICA EN EL CÁNCER DE MAMA

La imaginación constituye un procedimiento psicológico de apoyo interesante para mujeres que han sido tratadas quirúrgicamente o químicamente como consecuencia, por ejemplo, de un cáncer mínimo de mama, carcinoma «in situ» ductal (CDIS) y lobulillar (CLIS) o de un carcinoma microinvasivo (CMI). Independientemente de su pronóstico «estadístico» más o menos favorable, la «imaginación» se considera como una utilización del pensamiento positiva para descargar, en gran parte, la intensidad del estrés al que generalmente están sometidas las pacientes tras la realización de la intervención quirúrgica. Por ello, pensamos que todos los cánceres microinvasivos, de cualquier tipo histológico, según la American College of Surgeons y el Sistema de Clasificación TNM, pueden ser objeto de intervención psicológica mediante el procedimiento de la «imaginación».

El carcinoma ductal «in situ» representa un conjunto de procesos biológicos diferentes que presentan a su vez distintas frecuencias de invasión oculta y de recidiva local tras intentos de exéresis local. Se ha planteado la cirugía local como el único tratamiento en aquellos con extensión limitada y no asociados a invasión oculta ni metástasis axilares. Otros autores refieren menor incidencia de recurrencia local con la resección local y comprobación microscópica de bordes no afectados, seguido de radioterapia postoperatoria. Pues bien, en el caso de estas mujeres, la imaginación constituye un procedimiento psicológico valioso para conseguir neutralizar la angustia y el estrés y ayudar también a combatir la acción de las células «asesinas» del carcinoma invasivo, que podrían favorecer -en un estado psíquico depresivo- la aparición de recidivas.

En los cánceres microinvasivos con nódulos axilares negativos existe la tendencia a la cirugía conservadora (tumorectomía o cuadrantectomía más vaciamiento axilar) seguida de irradiación; aunque algunos autores han señalado que no estaría indicada la terapéutica adyuvante -caso de la psicoterapia-, sin embargo, también se puede utilizar tanto en las mujeres de alto riesgo de recurrencia como en las que no. La imaginación consiste en la utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos, teniendo un poder incluso superior al de la voluntad. Todos nuestros pensamientos acaban haciéndose realidad: *uno es lo que piensa ser*. Así, por ejemplo, si la mujer mastectomizada piensa en cosas tristes (imposibilidad de trabajar, temor a no curarse, temor a la pérdida de su pareja, miedo a que aparezca otra vez la enfermedad, miedo a la muerte, etc.), acaba inexorablemente sintiéndose triste; si la mujer mastectomizada tiene pensamientos angustiosos, termina por estar angustiada. Y este estado psicológico es precisamente ideal para que su enfermedad sea recurrente y favorezca la capacidad del cáncer de mama para «metastizar» en un estadio microscópico, comprometiendo, por lo tanto, la capacidad de supervivencia de la mujer. Para conseguir que la mujer pueda sobreponerse a los sentimientos de tristeza y de ansiedad tiene que concentrar la mente en imágenes positivas para alcanzar sus efectos curativos. Imágenes positivas relativas a su infancia, a su familia, a sus aficiones, a sus recuerdos agradables, reforzando en todo caso su voluntad, su orgullo personal, haciendo que se «imagine como aplasta y liquida las células asesinas, cómo vence su enfermedad, cómo elimina cualquier célula tumoral que se interpone en su imaginado viaje por su cuerpo, etc.». Se trata, en definitiva, de conseguir una estructura psíquica que permita la integridad y la coherencia de su YO en íntima interacción y colaboración con su pareja e hijos.

Por el contrario, si la mujer predice que se va a encontrar «sola» y «desgraciada», es muy probable que tal predicción se cumpla, ya que estos pensamientos negativos se reflejarán en una conducta asocial que favorecerá el aislamiento, la desilusión, la desesperanza y la depresión, comprometiendo, por lo tanto, las posibilidades curativas tras la tumorectomía y el vaciamiento axilar. El Breast Cancer Detection Demonstration tiene muy en cuenta los estados psíquicos en todos los tumores invasivos; por ello, resulta sumamente interesante conseguir una «actitud mental» de «enfrentamiento», de «lucha» para vencer la enfermedad y disminuir la mortalidad por cáncer de mama.

La imaginación tiene que contrarrestar el poder de la «obsesión», ya que frecuentemente en el pensamiento de la mujer se acumulan numerosas obsesiones en torno a su enferme-

dad, a su pasado y futuro. Las obsesiones se van multiplicando, bloqueando su mente e incapacitándola en cuanto a su vida familiar, social, laboral, etc. La obsesión continua de pensar en su pecho deformado, la obsesión constante de pensar en el avance de su enfermedad, la obsesión de la muerte, la obsesión de su pareja, la obsesión de sus hijos, etc. La cadena de obsesiones puede hacerse interminable, pero generalmente se centran en el seno, en la femineidad, en la pareja y en la muerte. Los datos que encontramos en la literatura nos indican que las mujeres mastectomizadas con una estructura mental dominada por las «obsesiones», generalmente empeoran de forma manifiesta. Es interesante recordar a nuestras pacientes que se mentalicen con la frase: «cada día, en cada momento, me siento mejor y mejor». Lo más importante es conseguir la imaginación «activa». En ella, la paciente debe aprender a meditar sin finalidad ni programa previo; las imágenes llegan y la paciente tiene que sentirlas y observarlas sin que medie ningún tipo de interferencia. La «imaginación activa» sirve para ayudar a las pacientes a apreciar toda la riqueza de su vida interior y a desarrollar todo su poder curativo en los momentos más intensos de estrés. La mujer puede verse jugando de niña, haciendo una excursión, tomando el sol en su playa preferida o, simplemente recreándose con su amor. Lo importante es que se «imagine» con todo lujo de detalles estas secuencias «positivas» que llegan a producir en su inconsciente un estado de felicidad, ayudándole al mismo tiempo a vencer la ansiedad generalizada y aliviando de forma inmediata la mayoría de los síntomas.

## EL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO EN LA MUJER MASTECTOMIZADA

En la actualidad se acepta que la cirugía parcial o limitada, seguida de irradiación, es una terapéutica tan eficaz como la mastectomía en el tratamiento de las pacientes afectadas de carcinoma de mama localizado (T1-2) (Fisher y cols., 1985; Sarrazin y cols., 1989; Veronest y cols., 1981, etc.). Sin embargo, venimos indicando que independientemente de la lesión, más acusadamente en las mastectomía radical, existe sustrato psíquico que resulta profundamente alterado y que es absolutamente imprescindible tratar, seguir y vigilar. Así, por ejemplo, en la figura 2 presentamos algunos de los síntomas dominantes en el estado de ánimo de la mujer mastectomizada.

Teniendo en cuenta la inestabilidad emocional, el grado de neuroticismo, la angustia y el estrés crónico de la mujer con cáncer de mama, tanto a nivel familiar (Fig. 3), como a nivel interpersonal (Fig. 4), nos parece perfectamente indicado la puesta en marcha del entrenamiento autógeno (EA), un programa sistemático para enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación y vuelta a un estado normal de equilibrio. El «entrenamiento autógeno» constituye uno de los métodos psicofísicos especialmente indicados para la reducción del estrés crónico en la mujer mastectomizada y sometida a radiaciones y a quimioterapia.

Naturalmente, tanto la cirugía parcial o limitada como la irradiación y otros tratamientos coadyuvantes tratan de conseguir la curación locoregional de la enfermedad y a su vez obtener la mejor estética posible. Pero parece claro que los innumerables agentes estresantes con los que se encuentra la mujer (diagnóstico de la enfermedad, pronóstico, tratamientos agresivos y radicales,

incertidumbre frente al futuro, etc.) pueden llegar a generar problemas en la autorregulación del sistema nervioso autónomo. Precisamente, a través del EA buscamos devolver la normalidad de los procesos físicos, mentales y emocionales que se hallan distorsionados como consecuencia del estrés de la enfermedad y la angustia ante el futuro.

Básicamente, el EA consiste en relajarse, no distraerse, ponerse cómoda y concentrarse pasivamente en fórmulas verbales que sugieran calor y pesadez en los miembros. La concentración pasiva no significa dormirse, significa mantenerse al tanto de lo que la mujer va experimentando, pero sin analizarlo. Esta concentración pasiva es esencial para obtener un buen grado de relajación. Cada ejercicio tiene una «fórmula verbal» que la mujer deberá guardar constantemente en la mente mientras de forma pasiva se concentra en una determinada parte del cuerpo. Con el paso del tiempo deberá concentrarse incluso en la zona cicatrizada, igual que en cualquier otra parte del cuerpo, sin que se produzcan alteraciones emocionales de especial significado o relieve. La mujer debe repetir la fórmula que estemos utilizando, para sí una y otra vez, creando una corriente verbal estable silenciosa; por ejemplo, «ahora estoy muy tranquila, muy contenta, estoy sintiendo el calor del sol en mi pecho, y ello me produce una sensación muy agradable y placentera».

Por otra parte, es muy importante reducir al máximo los estímulos, consiguiendo una habitación silenciosa, manteniendo la temperatura a un nivel agradable, con una iluminación que no sea muy intensa y dejando -con los ojos suavemente cerrados- que el cuerpo (todo el cuerpo) se vaya relajando progresivamente.

El programa puede durar aproximadamente unas doce semanas. Al principio, a la mujer le resulta muy difícil y complicado mantener una concentración pasiva perfecta, su mente empieza a desviarse y a vagar. También es posible que la mujer sienta algunas «descargas autónomas» (movimientos involuntarios, ansiedad, ligero dolor, irritabilidad, náuseas, dolores de cabeza, etc.). Sin embargo, este tipo de reacciones, afortunadamente, son transitorias y desaparecerán a medida que progresemos en el entrenamiento autógeno. Los ejercicios escalonados suponen, en primer lugar, «vivenciar» la sensación de «pesadez» en los brazos, piernas, etc. Seguidamente nos iniciaremos en la sensación de «calor» («mi brazo derecho está caliente», «mi brazo izquierdo está caliente», «mis brazos están calientes», «mis brazos y piernas están calientes», etc.).

Ocasionalmente, la mujer puede tener dificultades para inducir la sensación de pesadez sólo con la sugestión, por lo cual, tendrá que ayudarse de imágenes mentales. Por ejemplo, «imagínesse que está en el baño tomando una ducha caliente»; «trate de sentir como le va envolviendo el calor del agua». Este tipo de ejercicios, de duración variable (10 a 40 minutos), debe repetirlos dos o tres veces al día. Con el entrenamiento autógeno perseguimos el «dominio» sobre el cuerpo, controlando la «relajación muscular» a través de las sensaciones de «peso» y de «calor». En el EA, al mismo tiempo se lleva a la respiración, directamente, la relajación interiormente lograda en los músculos, los vasos y el corazón, del mismo modo que el «peso» y el «calor» se han ido generalizando «por sí mismos» desde el brazo que se ejercita al comienzo del entrenamiento a los demás miembros.

La respiración finalmente ha de conseguir un ritmo completamente sosegado a partir de la vivencia global de sosiego. Mediante el EA conseguimos disipar la ansiedad, la angustia y el pensamiento obsesivo de la mujer con cáncer de mama, mejorando sus expectativas de futuro y, también de supervivencia, ayudándola a reincorporarse plenamente a su actividad familiar y social.