

En este apartado hablaremos de diferentes **terapias cognitivo-conductuales** y de su utilidad en la práctica clínica.

Terapias cognitivo-conductuales

Conocimientos básicos para psicooncólogos

Las terapias cognitivo-conductuales engloban distintas intervenciones: la **terapia racional-emotiva** de Albert Ellis, la **terapia cognitiva de Beck**; el **entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum**; la **terapia de solución de problemas** de D’Zurilla y Golfried; la **detención del pensamiento**; la **posposición del pensamiento y el tiempo basura**; el **control de las rumiaciones**; la **intención paradójica** y la **activación conductual**, entre otras. En este documento se hablará de todas ellas.



Si bien es verdad que existen diferentes técnicas cognitivo-conductuales, también lo es que todas ellas tienen algo en común: consideran que los hechos no son los únicos determinantes de nuestro estado emocional y conducta, sino que el modo en que procesamos los acontecimientos, nuestras valoraciones, creencias y pensamientos son muy importantes (Cruzado, 2014).

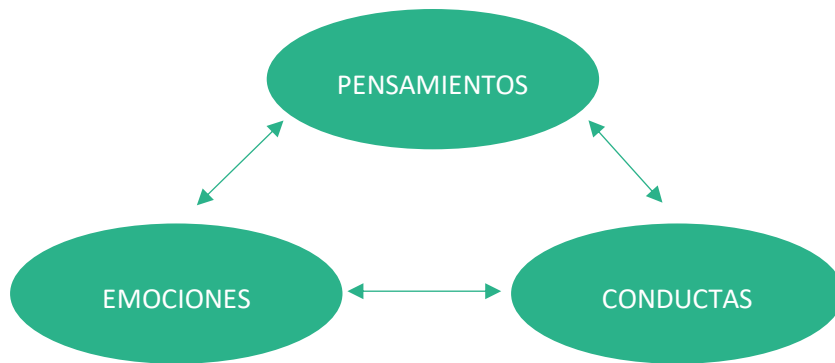


Figura 1. Interrelación entre los pensamientos, las emociones y las conductas

ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES DE MEICHENBAUM

Es importante mencionar que el **entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum** establece que los procesos de cambio vienen dados también por el aprendizaje instruccional, es decir, a través del lenguaje (Larroy, 2008).

Las autoinstrucciones son órdenes o instrucciones que la persona se da para manejar su conducta, durante la actuación (Santacreu, 1993, citado en Larroy, 2008). Este entrenamiento **pretende modificar las autoverbalizaciones internas o pensamientos del sujeto y sustituirlas por otras**. Es, pues, un procedimiento de autorregulación verbal que tiene como objetivo aumentar el nivel de ejecución del paciente en una determinada tarea, así como su capacidad de autocontrol y de solucionar problemas. El procedimiento consta de cinco fases (*ver figura 2*).

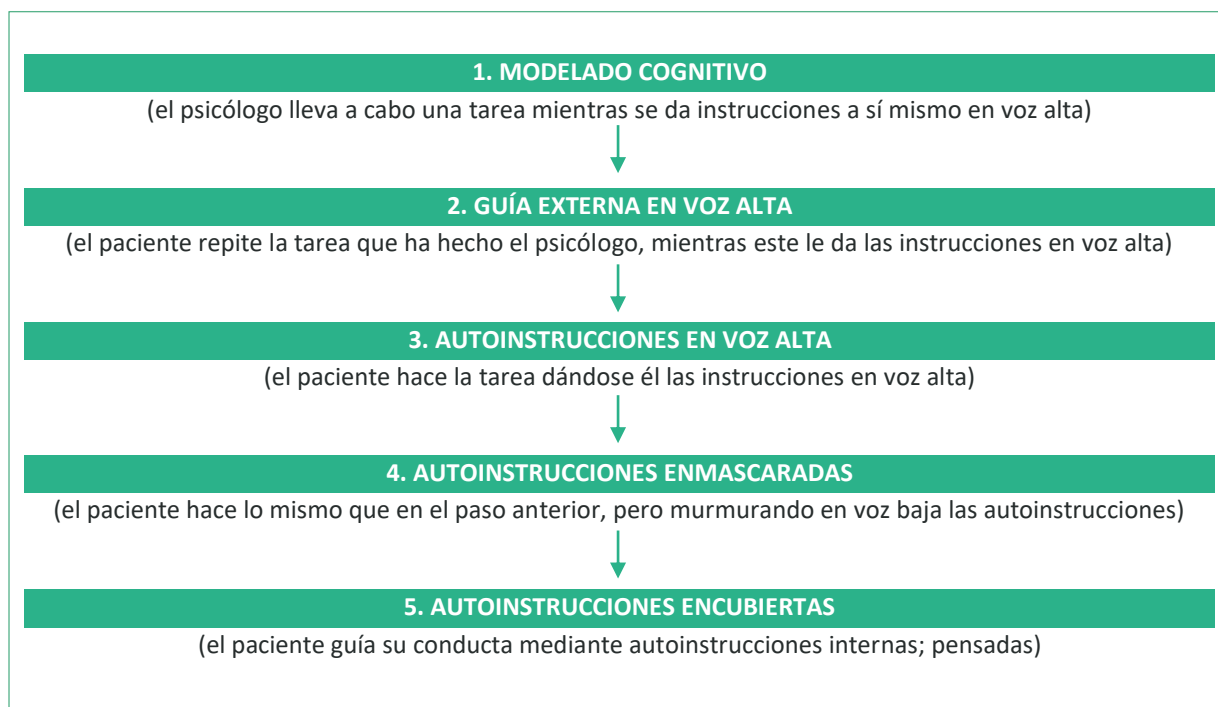


Figura 2. Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum.
Elaborado a partir de Larroy (2008)

TERAPIA RACIONAL- EMOTIVA DE ELLIS

Parte de la idea de que **las emociones y la conducta de una persona ante una situación dependen de sus creencias** y que por lo tanto habrá que desafiarlas si queremos cambiar su estado emocional. El primer paso consiste, pues, en evaluar los problemas, explicar el modelo A-B-C (antecedentes-creencias-consecuencias) e identificar las creencias irracionales (falsas, disfuncionales y automáticas). Posteriormente, el objetivo será refutarlas y sustituirlas por creencias alternativas racionales (p.ej. sustituyendo los “debo”, “tengo que” y “necesito” por expresiones como “quiero”, “deseo” y “prefiero”). Finalmente, mediante técnicas conductuales, conseguiremos que estas creencias adaptativas lleven a cambios en la conducta que, a su vez, permitan que el paciente compruebe la utilidad de estas nuevas creencias (Cruzado, 2014).

Tabla 1.

Ideas irracionales y frases de pacientes oncológicos que las ejemplifican

- 1. Debo ser querido, deseable y atractivo para todas las personas significativas para mí o tener su aprobación**
Ejemplo: "Si mi pareja me dejara de querer porque me van a quitar el pecho, sería el fin"
 - 2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga; debo tener éxito**
Ejemplo: "Ya no valgo nada porque después de la operación no puedo coger peso, ni hacer las cosas que hacía antes; soy una inútil"
 - 3. Hay que culpar, condenar, castigar o reprochar a las personas que no actúan como "deberían"**
Ejemplo: "Mi hija debería darse cuenta de que no estoy bien por culpa de la quimioterapia y ordenar más su cuarto, pero como solo piensa en ella pues he decidido no dirigirle la palabra a ver si así reacciona"
 - 4. Si las cosas no salen como deberían es terrible**
Ejemplo: "Me han dicho que estoy bajo de defensas y que esta semana no me pueden poner el tratamiento, ¿por qué me pasa todo a mí? Es horrible"
 - 5. Si me pasan cosas negativas soy un desgraciado porque no controlo nada y además soy incapaz de cambiar mis sentimientos y emociones**
Ejemplo: "Si me tuvieran que dar otro ciclo de quimioterapia no sabría llevarlo, no podría soportar la ansiedad, moriría de pena con la noticia"
 - 6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra**
Ejemplo: "Si mi hijo tiene que ir a que le den los resultados del TAC, tengo que pensar todo el rato en ello y ver qué haría si le dicen que el tumor no ha decrecido o incluso que ha aumentado"
 - 7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. Haciendo esto también es posible llevar una vida satisfactoria**
Ejemplo: "Los ejercicios de rehabilitación son cansados y aburridos, así que es mejor no hacerlos y que sea lo que tenga que ser"
 - 8. Lo que ocurrió en el pasado, seguirá pasándome en el futuro**
Ejemplo: "Cada vez que me sentía feliz cuando era pequeño pasaba alguna cosa mala y lo estropeaba, así que ahora, que estoy por terminar el tratamiento, seguro que pasa algo para impedirlo"
 - 9. Las cosas o las personas no son como deberían ser y, si no puedo cambiar eso, es horrible** (parte de la idea de que existe una solución perfecta para cada problema y no siempre es así)
Ejemplo: "Me han diagnosticado cáncer con 30 años, sin haber fumado y haciendo deporte todos los días, se acabó mi felicidad, es horrible"
 - 10. Se puede conseguir un máximo de felicidad a través de la inercia y la inactividad, disfrutando de todo y sin preocupaciones. Los demás me van a ayudar, dependo de ellos, no tengo que hacer nada**
Ejemplo: "Si no tienes ningún síntoma físico no tienes que ir a las revisiones, mejor disfrutar de la vida y si algún día te duele algo ya irás"
 - 11. Debemos sentirnos constantemente muy preocupados por los problemas y preocupaciones de los demás como si fueran los nuestros**
Ejemplo: "Tengo que estar pendiente de cómo evoluciona, nadie le conoce como yo, si a mí se me escapa algo sería un desastre"
-

Nota. Adaptado de Cruzado (2014) y Olivares (2020)

TERAPIA COGNITIVA DE BECK

La terapia cognitiva de Beck establece que podemos distinguir tres niveles o categorías cognitivas: los **pensamientos automáticos**, las **creencias intermedias** y las **creencias nucleares**. A estas hay que añadirles las **distorsiones cognitivas** (sesgos o errores en el procesamiento de la información, que son potenciados por las cogniciones desadaptativas y los estados emocionales negativos) (Cruzado, 2014).

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de autoverbalizaciones o imágenes que son automáticas e involuntarias (Bados y García Grau, 2010). Suelen incluir contenidos exagerados ("*debería*", "*es horrible*"...) y llevan al paciente a experimentar emociones negativas (Cruzado, 2014)

Ejemplos: "*¿Por qué a mí?*"; "*La gente me va a tener pena*"; "*No puedo con esto*"; "*Y lo peor aún está por llegar*"; "*El tratamiento no va a servir de nada*"; "*Todo el mundo lleva bien las resonancias magnéticas menos yo, que número he montado*"

CREENCIAS INTERMEDIAS

- **Supuestos.** Creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo 'si-entonces' (Bados y García Grau, 2010). Ejemplo: "*Si le pido perdón a mi mujer y hago todo lo que ella dice, seguro que me voy a curar*"
- **Normas o reglas.** Ejemplo: "*No debo preocupar a los demás con mis problemas*"
- **Actitudes.** Ejemplo: "*Es terrible tomar decisiones equivocadas*"

CREENCIAS NUCLEARES

Creencias rígidas, duraderas y globales sobre uno mismo, los otros y el mundo mediante las que se interpretan y valoran los acontecimientos (Bados y García Grau, 2010; Cruzado, 2014). En los pacientes oncológicos habría que evaluar las siguientes (Cruzado 2014):

- **Creencias nucleares sobre uno mismo:**
 - o **Ser una persona desamparada e indefensa** (p.ej. "*Soy débil*"; "*No puedo hacer nada*")
 - o **Ser una persona a la que no se puede querer o tener afecto** (p.ej. "*Ya no soy atractiva*"; "*Soy mala persona*")
 - o **Ser una persona carente de mérito o valor** (p.ej. "*No valgo nada*"; "*Me merezco morir*")
- **Creencias nucleares sobre los otros** (p.ej. "*Soy una carga para mi familia*"; "*Se van a cansar de mí y van a dejar de venir al hospital*")
- **Creencias nucleares sobre los sanitarios** (p.ej. "*Los médicos son los que saben, yo ni me preocupo, haré lo que digan*"; "*Los médicos van a lo suyo, cada día me ve uno, yo creo que no saben ni cómo me llamo*")
- **Creencias nucleares sobre el cáncer** (p.ej. "*Si no me mata el cáncer lo va a hacer la quimioterapia*"; "*Con el cáncer seguro que tengo dolores y que sufro mucho*")

Figura 3. Pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares

En cuanto a las **distorsiones cognitivas** se deja una tabla a continuación elaborada a partir de Bados y García Grau (2010); Cruzado (2014); Cruzado (2019) y Olivares (2020).

Tabla 2.

Distorsiones cognitivas ejemplificadas con frases de pacientes oncológicos

TIPO DE SESGO	CONSISTE EN...	EJEMPLOS
Abstracción selectiva	Fijarse en los detalles , sin tener en cuenta uno o más aspectos importantes de una situación	<i>“Esta mañana visité al oncólogo, luego me dieron quimioterapia, pero no he podido hacer nada en todo el día”</i>
Sobregeneralización	Extraer una regla general injustificada a partir de un único incidente o de hechos aislados	<i>“Me han quitado un pecho, no voy a gustar a los hombres... El sexo se ha acabado para mí”</i>
Adivinar el futuro	Hacer constantemente predicciones de carácter negativo sobre lo que va a pasar en el futuro	<i>“Seguro que me van a echar del trabajo”</i> <i>“El tratamiento no va a funcionar”</i>
Catastrofización Exageración	Exagerar el significado o la importancia de un acontecimiento o conducta	<i>“El cáncer me va a matar”</i> <i>“Si mi marido me deja, no podré, me moriré de la pena y no del cáncer”</i>
Etiquetado	Asignar un nombre a algo, en vez de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta suele estar hecha en términos absolutos, inalterables o con connotaciones prejuiciosas	<i>“No tengo ovarios, ya no puedo tener hijos, no tengo pelo... no soy una mujer”</i> <i>“Soy una mala esposa porque soy incapaz de hacer el amor con mi marido”</i>
Imperativos (“debería”, “tengo que”...)	Sentir o pensar que uno mismo o los demás deben o no actuar de una cierta manera	<i>“Debería estar alegre y no venirme abajo”</i> <i>“Debo mostrarme bien para no preocupar a los míos”</i>
Inferencias arbitrarias	Extraer una conclusión sin tener datos o cuando estos son contrarios u insuficientes para llegar a esa conclusión	<i>“Estos dolores seguro que significan que el cáncer está empeorando”</i> <i>“No me han dado quimioterapia, seguro que mi cáncer ya no tiene cura”</i>
Leer la mente	Presuponer intenciones en los otros	<i>“Doy pena a todo el mundo”</i> <i>“Ya no le parezco atractiva a nadie”</i>
Maximización de lo negativo	Magnificar o exagerar los aspectos negativos, sin fijarse en lo positivo	<i>“Me han quitado el tumor y dicen que con esto estoy curado, pero ya no puedo comer alimentos grasientos, para mí es como estar muerto”</i>

Minimización de lo positivo	Restar importancia a lo bueno que le sucede a uno, aunque sea mínimo	<i>“Sí, esta revisión ha salido bien, pero no estoy seguro de que la próxima también...”</i>
Memoria selectiva	Recordar de manera selectiva sucesos negativos o ansiógenos	<i>“No recuerdo que el oncólogo me dijera que, si estaba bajo de defensas, no me iban a poner el tratamiento...”</i>
Pensamiento dicotómico	Tendencia a calificar lo que a uno le pasa en términos de “todo o nada”, “blanco o negro”...	<i>“Si dicen que de esto no me voy a curar, pero que lo van a poder cronificar, significa que me voy a morir”</i>
Perfeccionismo	Establecer un criterio muy estricto o elevado para el propio comportamiento y el de los demás y usarlo como la medida normal de todas las cosas	<i>“Si me reincorporo al trabajo, tengo que rendir al máximo porque he estado fuera mucho tiempo”</i>
Personalización	Pensar, sin datos suficientes, que ciertos sucesos están relacionados con uno mismo (provoca comparaciones continuas)	<i>“María lleva el tratamiento mejor que yo, es más fuerte”</i>
Falacia de control	Verse a uno mismo como impotente y controlado externamente (los demás son causantes del dolor, los fracasos...) o como omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor	<i>“Los recortes en salud han hecho que mi diagnóstico se haya atrasado mucho tiempo”</i> <i>“Yo sé que, si mi familia es feliz, es gracias a mi, a que no les preocupo con esto”</i>
Falacia de justicia	Interpretar la justicia como una evaluación subjetiva de lo que uno espera, necesita o desea	<i>“No es justo que tenga cáncer cuando yo no he fumado y he llevado una vida sana”</i>
Falacia de cambio	Creer que una persona cambiará para ajustarse a nosotros, si se le presiona lo suficiente	<i>“Si mi prima me quisiera, me acompañaría al hospital todos los días”</i>
Razonamiento emocional	Considerar las emociones o sensaciones como prueba de que algo es verdad o va a acontecer	<i>“Si me siento culpable, será porque habré hecho algo mal”</i>
Falacia de recompensa divina	Esperar cobrar algún día por todo el sacrificio hecho	<i>“Fíjate, con todo lo que yo he hecho por ellos y cómo me lo han pagado”</i>

Nota. Elaborado a partir de Bados y García Grau (2020); Cruzado (2014); Cruzado (2019) y Olivares (2020)

El **objetivo de la terapia cognitiva de Beck es sustituir las creencias disfuncionales por otras más útiles y funcionales**. Para ello, la persona debe: ser consciente de sus patrones de pensamiento; aprender a reconocer los pensamientos disfuncionales; entender que estos distorsionan la realidad, son inútiles y sólo generan sufrimiento; sustituir estos pensamientos y actuar de un modo responsivo en función de sus metas y objetivos (Cruzado, 2014).

Métodos para identificar los pensamientos automáticos

Existen **varios métodos para identificar los pensamientos automáticos**: diálogo socrático, preguntas directas, uso de los momentos emocionales que aparecen en la sesión, *role-playing*, uso de la imaginación, análisis de lo sucedido en las tareas conductuales asignadas y registro de pensamientos automáticos. A continuación, se exponen brevemente todos ellos:

- 1) **Descubrimiento guiado mediante el diálogo socrático.** A través de preguntas que el terapeuta va formulando (“¿Qué crees que puede pasar si...?”; “¿Qué es lo que te da miedo que pase?”).
- 2) **Preguntas directas.** Preguntas sobre los pensamientos (“¿Qué pensaste cuando...?”; “¿Qué te pasó por la cabeza en ese momento?”).
- 3) **Uso de los momentos emocionales que aparecen en la sesión.** Consiste en aprovechar los momentos en consulta donde los pacientes expresan emociones para preguntar sobre los pensamientos o identificarlos (“Veo que esto te pone muy triste... ¿Por qué te entristece?”).
- 4) **Role-playing.** En vez de preguntar al paciente lo que pensó en una situación estresante o problemática, el terapeuta interpreta el rol de una persona en esa situación y se escenifica (“Cuando te he dicho esto en el role-playing, ¿cómo te has sentido?; ¿Qué crees que pensaba yo?”).
- 5) **Uso de la imaginación.** Se pide al paciente que se imagine una escena y una vez la está imaginando con los ojos cerrados se le pregunta por cómo se siente y qué piensa.
- 6) **Análisis de lo sucedido en las tareas conductuales asignadas.** Si por ejemplo se acuerda con el paciente que va a informar a sus sobrinos del diagnóstico y no lo hace, se le pregunta por qué, a qué teme...
- 7) **Registro de pensamientos automáticos.** Se debe enseñar al paciente a cumplimentar el autorregistro en consulta. Para ello se le puede pedir que rememore una situación problemática o estresante y que rellene el autorregistro delante del psicólogo, quien le corregirá en caso de ser necesario (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Autorregistro para la identificación y la modificación de los pensamientos automáticos

Día	Situación	Emoción e intensidad de esta del 0 al 100	Pensamiento automático (PA)	Respuesta racional y grado de creencia en esta del 0 al 100	Resultado: 1. Grado de creencia en el PA (0-100) 2. ¿Qué emociones siento? 3. ¿Qué haré o qué hice?

Nota. Adaptado de Cruzado (2014)

Métodos para identificar las creencias intermedias y las creencias nucleares

Existen **varios métodos para identificar las creencias intermedias y las nucleares**. Normalmente se emplea la **técnica de la flecha descendente**. Esta consiste en identificar la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para hacerlo, se empieza haciendo alguna de las siguientes preguntas al paciente: *“Si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para ti?”*; *“Si este pensamiento fuera verdad, ¿qué habría de malo?”*; *“Si este pensamiento fuera verdad, ¿qué pasaría?”*. El proceso continúa de la misma manera hasta que el paciente no puede dar una respuesta o no crea en la que da (Bados y García Grau, 2010).

Es conveniente **realizar un análisis de las reglas y normas que el propio sujeto revela en la entrevista clínica**. Esto se hace mediante el análisis directo de sus verbalizaciones (p.ej. *“Tengo que evitar ser una carga”*), mediante la detección de ideas eslogan y refranes (p.ej. *“Sé tu propio palacio o el mundo será tu prisión”*) y analizando sus valoraciones (qué es aquello que valoran: el cariño, el trabajo...). Por otro lado, los supuestos pueden explorarse enunciando la primera parte de estos y dejando que el paciente los complete (*“Si tu marido no te acompaña al tratamiento, entonces...”*) (Cruzado, 2019).

Por último, cabe **revisar la historia vital y los acontecimientos estresantes** que ha vivido el paciente, puesto que las creencias intermedias y nucleares se forman a través de una historia de aprendizaje (Cruzado, 2014).

Métodos para desafiar las creencias intermedias y las creencias nucleares

En primer lugar, es importante **concretar el significado de los términos que utiliza el paciente** (p.ej. preguntarle a qué se refiere cuando dice que es despreciable) **y enseñarle a utilizar otros más realistas u operativos** (p.ej. igual el paciente se refiere a que siente vergüenza de su nueva imagen; entonces le indicáramos que no es lo mismo sentir vergüenza que ser despreciable) (Cruzado, 2014).

En segundo lugar, podríamos usar cualquiera de las siguientes estrategias para desafiar las creencias (Cruzado, 2014):

- 1) Diálogo socrático.** Cuestionar las creencias del paciente mediante preguntas (Bados y García Grau, 2010). Dentro de este, se encuentra:
 - a. Técnica de las cuatro preguntas:**
 - i. ¿Cuáles son las razones para afirmar que eso que piensas es verdad?
 - ii. ¿Cuáles son las razones para creer que ese pensamiento no es verdad?
 - iii. ¿Qué ventajas y costos se derivan de ese pensamiento?
 - iv. ¿Existen errores o sesgos en la forma de pensar?
 - b. Otras preguntas:** ¿Qué puntos de vista alternativos existen?, ¿Cuál es el mejor/peor resultado posible de esa situación?, ¿En qué medida es posible que se dé ese peor resultado?
- 2) Doble criterio.** Preguntar al paciente qué le diría o que pensaría de un amigo que estuviera en su misma situación. Es muy útil cuando hay sentimientos de culpa.
- 3) Encuadrar el pasado.** Dibujar una flecha de vida, en la que se van poniendo años hasta llegar a la edad actual del paciente. Por encima de la flecha del tiempo se ponen los distintos acontecimientos positivos y por debajo, los negativos. De esta manera, el paciente puede visualizar que en la vida suceden ambos (Cruzado, 2014). Es muy útil cuando los pacientes creen que solo han vivido situaciones malas o difíciles y que nunca han sido felices.
- 4) Moderar las creencias.** Moderar los pensamientos exagerados que presenta el paciente (p.ej. *“he pasado de ser un pilar fundamental en la familia a ser una carga”*). La moderación se lleva a cabo de la siguiente forma (Cruzado, 2014):
 - a. El pensamiento automático *“no soy de ayuda en casa”* se puede moderar por *“no puedo hacer las mismas tareas que antes, pero puedo hacer bastante y siempre intento ayudar”*.
 - b. La creencia intermedia *“debo ser útil a los demás para ser querida”* se puede moderar por *“hay muchas maneras de ayudar a los otros; con consejos, cariño...”*.
 - c. La creencia nuclear *“sólo puedo ser querida, si soy útil para los demás”* se puede moderar por *“las personas me pueden querer por mí misma, aunque no haga nada por ellas”*.
- 5) Continuo cognitivo.** Dibujar una línea con una puntuación del 0 al 100, donde 100 es una persona con un rendimiento excelente y 0 la total incompetencia de alguien. Se pide al paciente que se coloque en el gráfico y después que haga lo mismo con las personas que ocuparían las otras puntuaciones (0, 20, 40...). Cuando se consideran todas las personas

que pueden ser añadidas, los pacientes acaban comparándose de manera positiva (p.ej. si una paciente cree que es mala madre, podemos incluir en el gráfico padres que maltratan o ignoran a sus hijos, etc.). Es muy útil para evitar la polarización y el pensamiento dicotómico.

6) Otras estrategias.

- a. **Encontrar ejemplos positivos que contradigan y avalen una alternativa a los pensamientos disfuncionales.** Por ejemplo, para un paciente que cree que los médicos *“sólo van a lo suyo”*, se podrían recopilar hechos que contradigan esta afirmación (Cruzado, 2014).
- b. **Técnica de la proyección temporal.** Consiste en imaginar las consecuencias positivas que nuestro comportamiento actual va a tener en el futuro. Se emplea sobre todo cuando se detecta que el paciente trata de evitar o posponer determinadas acciones, como ir a la rehabilitación o realizar de tareas del hogar (Cruzado, 2014).

Algunos pacientes comentan que se creen los pensamientos alternativos, pero en el plano intelectual, no en el emocional. En este caso, podemos emplear las siguientes técnicas (Bados y García Grau, 2010):

- 1) **Dramatización racional-emocional. Punto y contrapunto.** Con previo acuerdo del paciente, el terapeuta expresa un pensamiento negativo significativo de este en primera persona (p.ej. *“si le digo que tengo cáncer, me tendrá pena”*). El paciente deberá buscar argumentos para refutarlo como si él fuera el terapeuta.
- 2) **Técnica del tribunal o simulación de un juicio.** El paciente actúa como abogado de la defensa y de la acusación; y debe aportar datos y argumentos empíricos y objetivos, primero defendiendo que su pensamiento es válido y luego, que no. Su objetivo es convencer al jurado. El terapeuta tiene que hacer de juez y desestimar los datos poco fiables como los rumores (*“una vez oí que...”*).
- 3) **Adaptación del diálogo de las dos sillas.** Defender ciertas creencias y pensamientos mientras se está en una silla y desafiarlos cuando se está en otra.

En último lugar, se puede hacer uso de los **experimentos conductuales**, que son experimentos reales diseñados para poner a prueba la validez de los pensamientos y de las creencias (Bennet-Levy et al., 2004, citado en Cruzado, 2014). Y es que no hay mejor reestructuración cognitiva que una exposición.

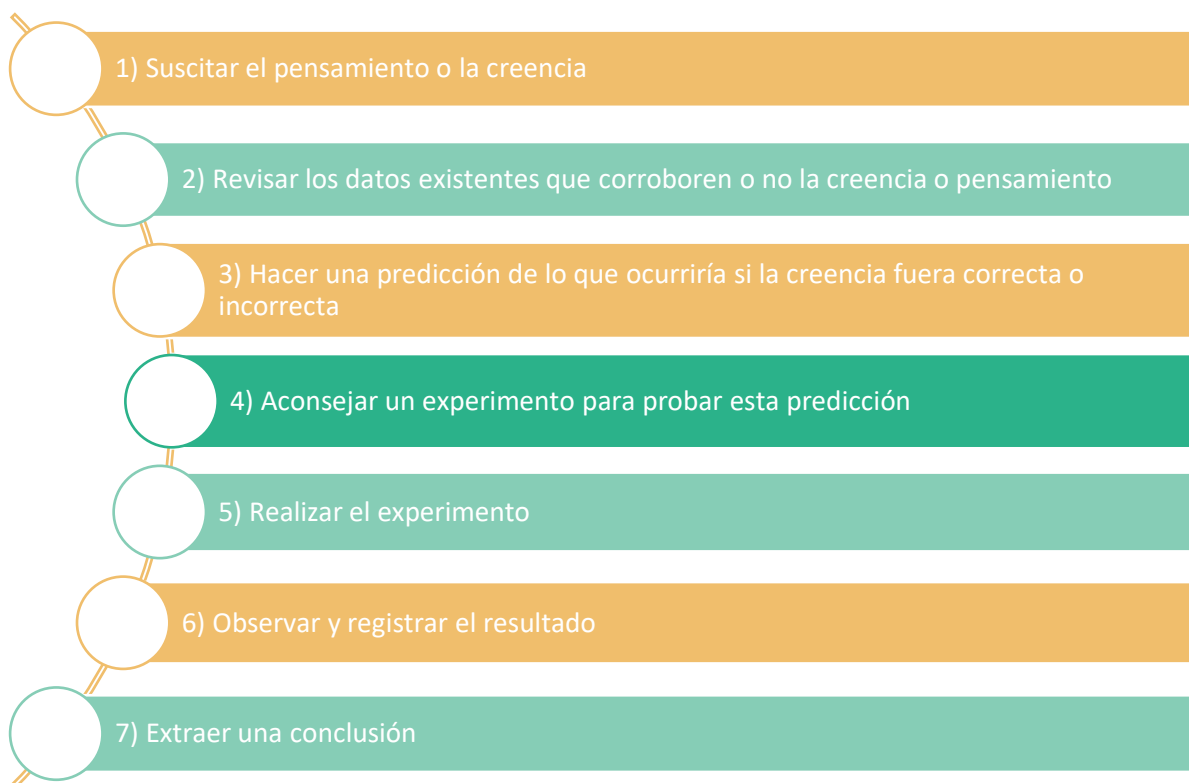


Figura 4. Secuencia para llevar a cabo un experimento conductual.
Adaptado de Cruzado (2014)

Debemos tener en cuenta que, en ocasiones, existen factores que dificultan el cambio cognitivo. En primer lugar, el paciente puede no saber **diferenciar los pensamientos racionales, irracionales y racionalizados**. Si este es el caso, debemos entrenarle en la identificación de estos tres tipos de pensamiento. Es muy probable que él esté empleando uno irracional (p.ej. *“mi familia y amigos no me quieren, no se preocupan por mí y no me ayudan con las tareas del hogar”*). Es por eso que nuestro trabajo consiste en convertirlo en uno racional (p.ej. *“estaría bien que dijera a mis amigos que necesito ayuda porque, si no lo comunico, igual no son conscientes de ello”*). Debemos prestar especial atención al otro extremo del *continuum*, los pensamientos racionalizados, que niegan los intereses, distorsionan el pensamiento y son falsamente optimistas, llevando al paciente a la inasertividad o pasividad (p.ej. *“¡Qué más da que no me ayuden, si total la casa puede estar sucia!”*) (Cruzado, 2019).

Por otro lado, puede haber **sesgos en el procesamiento de la información** que lleven al paciente a atender y recordar selectivamente todo aquello que confirma sus creencias y a ignorar, negar, reinterpretar u explicar todo aquello que no. Hay que mostrarle al paciente que esto es lo que está pasando porque, si este es el caso, el diálogo socrático y los experimentos conductuales no serán efectivos (Cruzado, 2019).

En último lugar, nos podemos encontrar con **pensamientos que son realistas**. En este caso, debemos ayudar al paciente a distinguir qué componentes de la situación puede controlar y qué puede hacer (**afrentamiento centrado en el problema**: tomar decisiones, ponerse metas, buscar

información y consejo...) y qué componentes no puede controlar y qué hacer (**estrategias centradas en la emoción**: relajación, reestructuración cognitiva, ventilación emocional y cambio conductual). En este caso habría que **trabajar la aceptación**, aclarando al paciente que aceptar no es lo mismo que aprobar la situación o resignarse. En este sentido, es importante tener en mente la siguiente ecuación (**sufrimiento = dolor x no aceptación del dolor**) (Cruzado, 2014; Cruzado, 2019).

CONTROL DE LAS PREOCUPACIONES Y RUMIACIONES

En numerosas ocasiones, **el mantenimiento de la ansiedad** en los pacientes **es debido a la preocupación continua y a los pensamientos recurrentes o rumiaciones** que presentan. Estos generan en el paciente un sentimiento de incompetencia por no poder manejarlos, así como un gran cansancio (Cruzado, 2014). Es por ello que es importante **abordarlos mediante la posposición del pensamiento y el tiempo basura, la detención del pensamiento y el control de la preocupación**.

Posposición del pensamiento y tiempo basura

Cuando el paciente tiene un pensamiento rumiativo que le perturba puede hacer dos cosas: (1) Resistirse al pensamiento e intentar apartarlo, arriesgándose a que el pensamiento aparezca aun con más fuerza; (2) Posponer el pensamiento para otro momento. La técnica de posposición del pensamiento y tiempo basura **no pretende eliminar las rumiaciones, sino dar al paciente la sensación de que controla el pensamiento**. En este caso **se le indica que guarde un momento del día, pero no antes de ir a dormir, para escribir todo aquello que le perturba** (Cruzado, 2010). Esta técnica incluye muchos componentes: la saciación (el paciente acaba harto del pensamiento rumiativo), la intención paradójica (prescribes el síntoma), la exposición (el paciente se expone al pensamiento), la prevención de respuesta (evitas que el paciente se preocupe cuando él no lo elige) y el cambio de la valencia positiva de la preocupación.

Detención del pensamiento

El **objetivo** de esta técnica es **reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos rumiativos y de las preocupaciones**. Esta habilidad debe entrenarse primero con los pensamientos menos perturbadores, para llegar a los más estresantes cuando se haya alcanzado la práctica suficiente (Cruzado, 2010).

Tabla 4.

Procedimiento de la detención del pensamiento

1

Previamente al entrenamiento. Seleccionar pensamientos perturbadores (en situaciones concretas) e imágenes y pensamientos creíbles, positivos o neutrales

2

Primera sesión:

- Indicar al paciente que se siente de forma relajada y que cierre los ojos
- El **psicólogo describe la escena y el pensamiento** que tiene en ese momento el paciente
- **Cuando el paciente lo tiene claro levanta el dedo de su mano derecha**
- El **psicólogo dice “Para”** muy alto y **pregunta qué ha ocurrido** con el pensamiento perturbador
- El **psicólogo explica que**, aunque no se puede gritar “Para” en público, **con la práctica será posible asociar la palabra con la detención del pensamiento** rumiativo
- Se repite el procedimiento, pero después de decir “Para”, el psicólogo **instruye al paciente a centrarse en un pensamiento creíble neutro** (“Vamos”, “Ánimo”, “Adelante” ...) o **más positivo** (“Sí que voy a poder”, “Lo voy a conseguir” ...) o **en una imagen alternativa**
- El **psicólogo pregunta si el pensamiento ha desaparecido** y si el paciente **ha podido centrarse en el pensamiento o imagen**
- Durante los siguientes **10 minutos** se realiza el **mismo procedimiento** con varias escenas y pensamientos alternativos
- Pasados los 10 minutos, se dedican 5 a hacer el mismo procedimiento, siendo ahora el **paciente quien dice “Para”** y se centra en el **pensamiento alternativo**
- Pasados los 5 minutos, se vuelve a hacer el procedimiento, pero esta vez el **paciente lo hace todo (evocar la escena, el pensamiento perturbador, decir “Para” y centrarse en el pensamiento alternativo)**

Nota. Elaborado a partir de Cruzado (2014)

Se pide al paciente que realice **20 minutos de práctica diaria** (cuando no esté estresado por los pensamientos) y que cumplimente un autorregistro donde tase el grado de malestar y de viveza de las imágenes en una escala del 0 al 100 (Cruzado, 2014).

Esta técnica **puede combinarse con técnicas de distracción**. En este caso, cuando surge el pensamiento, se detiene y se usa como señal para realizar otras actividades (escuchar música, leer una revista...).

Control de las preocupaciones

A continuación, se muestra un esquema con el procedimiento a seguir (ver figura 5).

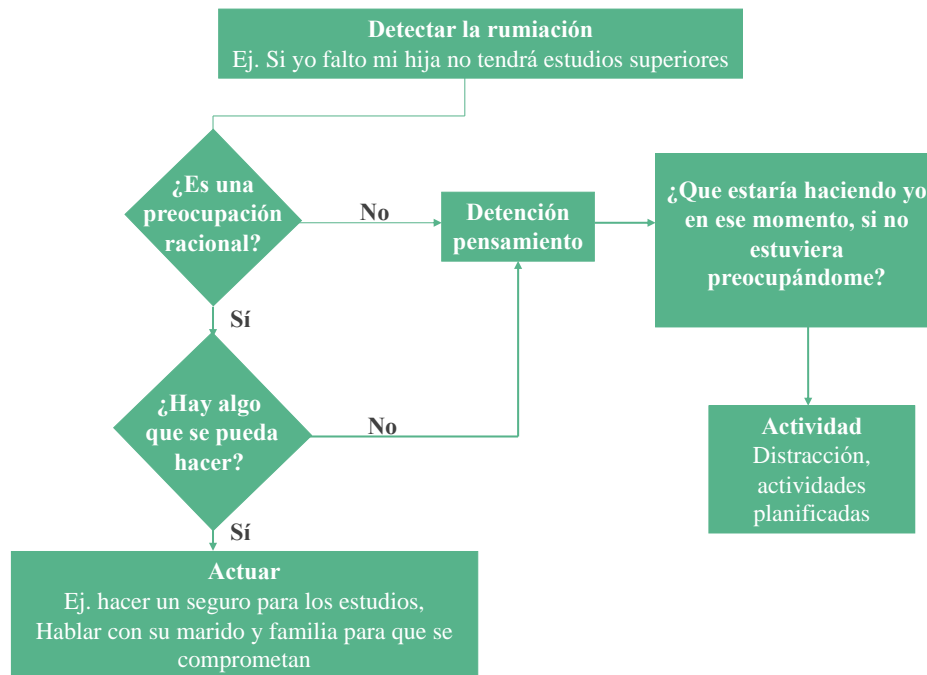
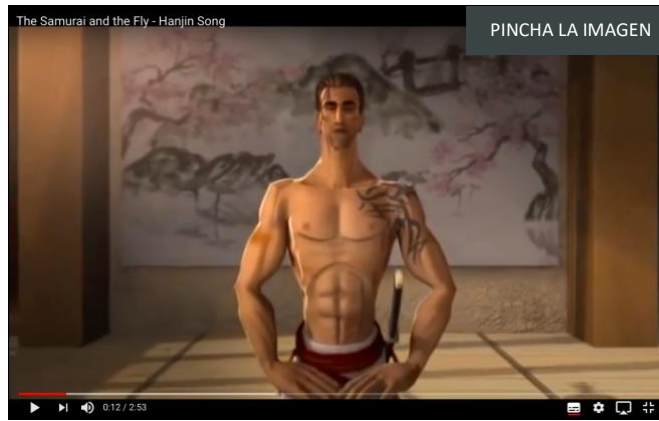


Figura 5. Control de las preocupaciones. Tomado de Cruzado (2019)

En algunas ocasiones, los pacientes indican que son capaces de detener el pensamiento, pero que no son capaces de realizar las actividades alternativas porque los pensamientos siguen reapareciendo. Es este caso, se les explica que deben aceptar los pensamientos, sin combatirlos, y seguir haciendo la actividad. Se puede hacer un entrenamiento en sesión, donde el paciente intente hacer una tarea que no ha podido realizar durante la semana, mientras el terapeuta le va repitiendo esos pensamientos rumiativos (Cruzado, 2014).

A continuación, se deja un vídeo que se puede mostrar al paciente con la finalidad de explicar qué pasa cuándo no aceptamos nuestros pensamientos.



The Samurai and the Fly (Palouse Mindfulness, 2018)

Intención paradójica

Intervención en la que **el psicólogo indica al paciente que, en lugar de buscar que el problema remita, promueva su continuación o incluso su empeoramiento**. Su objetivo es disminuir o eliminar los intentos de solución de la conducta problema y se aplica cuando se observa que son estos intentos los que mantienen el problema. Esta técnica se emplea, por ejemplo, cuando el paciente presenta insomnio o cuando tiene alguna disfunción sexual, indicándole que intente no dormir o que su objetivo esa noche es no tener sexo. De este modo, se reduce la ansiedad de ejecución (Salgado, Gómez y Yela, 2008).

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

No podemos olvidarnos de mencionar la terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Golfried, ampliamente conocida y mencionada, también, en el apartado de la página web “Comunicación y *Counselling*”.

Tabla 5.
Componentes del proceso de solución de problemas

<p>1) Orientación hacia el problema</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar las creencias de autoeficacia Saber reconocer los problemas Ver los problemas como retos Usar y controlar las emociones en la solución de problemas Aprender a parar y pensar antes de actuar
<p>2) Definición y formulación del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> Recopilar información relevante sobre el problema, basada en hechos Clarificar la naturaleza del problema Establecer una meta realista de solución de problemas Reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social del paciente
<p>3) Generación de soluciones alternativas</p> <ul style="list-style-type: none"> Principio de la cantidad Principio del aplazamiento del juicio Principio de la variedad
<p>4) Toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Anticipación de los resultados de la decisión Evaluar (juzgar y comparar) los resultados de la solución Preparar un plan para la solución
<p>5) Puesta en práctica y verificación de la solución</p> <ul style="list-style-type: none"> Realización de la conducta elegida Autoobservación de la conducta y/o del resultado Autoevaluación, comparando el resultado actual con el esperado Autorreforzamiento Si el resultado no ha sido el esperado, investigar el proceso y hacer los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio

Nota. Tomado de Becoña (2008)

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Al volver a casa tras el tratamiento oncológico, la actividad del paciente suele verse mermada, ocasionando esto síntomas de depresión, que a su vez incrementan el déficit de actividad y producen una pérdida de confianza en el paciente. Como se puede observar, esto se acaba convirtiendo en un círculo negativo (falta de actividad por el tratamiento → depresión → falta de actividad y disminución del sentido de autoeficacia) (Cruzado, 2014).

La **secuenciación de actividades** está encaminada a mejorar el grado de actividad. Se inicia con un registro de las actividades diarias, que deben ser valoradas según el nivel de placer y de dominio. A continuación, se estimula al paciente para que programe y realice dichas actividades cada vez con una mayor frecuencia (Cruzado, 2014).

Tabla 6.

Pasos de la secuenciación de actividades

PRIMER PASO	SEGUNDO PASO	TERCER PASO	CUARTO PASO
<p>- Registro semanal de actividades de placer (P) (p.ej. llamar por teléfono a la familia, hacer deporte...)</p> <p>y de maestría (M) (p.ej. ir al banco, hacer los ejercicios de rehabilitación...) que sirve de línea base</p> <p>- Puntuar del 0 al 10 según el valor que el paciente les de</p>	<p>- Hacer un listado de hasta 20 actividades</p> <p>- Indicar al paciente que deberá realizarlas un mínimo de 10h por semana (se buscan 1 o 2h diarias donde el paciente no llevara a cabo ninguna actividad previamente)</p>	<p>- Escoger de 5 a 7 actividades de placer y otras tantas de maestría e insertarlas en el calendario de la siguiente semana. Se recomienda no realizar más de una actividad de maestría al día que pueda resultar difícil</p>	<p>- Realizar las actividades y cumplimentar el autorregistro (actividades realizadas de P y M y grado de placer o dominio que producen)</p>

Nota. Elaborado a partir de Cruzado (2014)

El objetivo que se persigue es la mera realización de las actividades, puesto que estas producen una sensación de satisfacción y competencia (Cruzado, 2014).

Es importante mencionar que, con algunos pacientes, puede ser necesario realizar **un ensayo cognitivo** previo a la realización de alguna de las tareas. En este caso, se puede ensayar con el sujeto, imaginativamente, los pasos implicados en la actividad, con el objetivo de que se vea capaz de afrontarla.

Asimismo, es muy importante para los pacientes oncológicos distinguir las tareas prioritarias y necesarias de las superfluas. La **prioridad de las tareas viene dada por dos variables: la importancia y la urgencia**. Daremos por tanto prioridad a las actividades de la siguiente manera (ver figura 6)

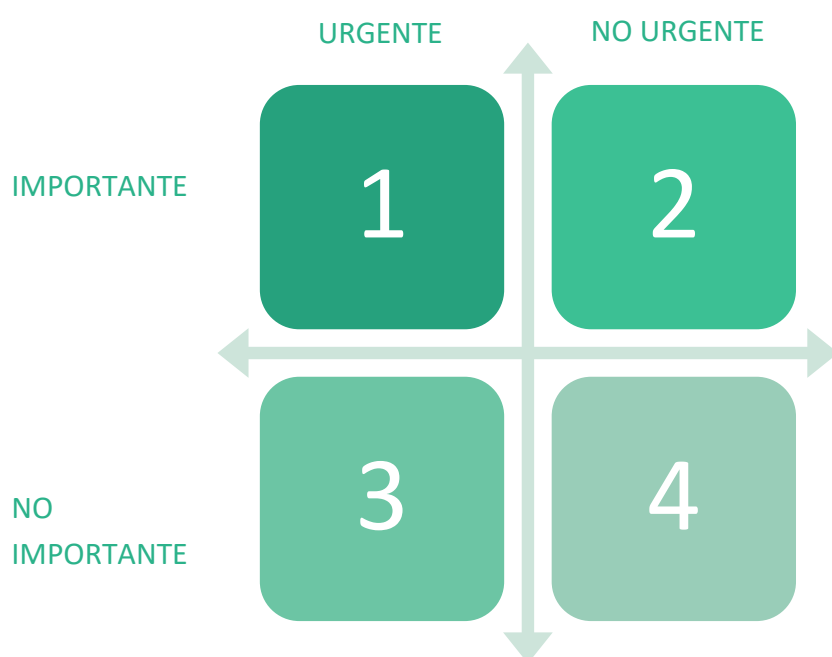


Figura 6. La matriz de Eisenhower. Tomado de Cruzado (2019)

Las actividades del paciente se pueden enumerar en una agenda por orden de prioridad del 10 al 1. De esta manera, el paciente sabrá qué actividades debe realizar hoy y cuáles puede posponer para más adelante (Cruzado, 2014).

En último lugar, es importante destacar que es necesario que los pacientes aprendan a delegar en otras personas, a buscar ayuda, a manejar las interrupciones, así como a recompensarse a sí mismos por la realización de las actividades (Cruzado, 2014).

REFERENCIAS

- Bados, A., y García Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Publicación electrónica. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/12302>
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-482). Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J. A. (2010). Guía para el terapeuta. En J. A. Cruzado, *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (pp. 115-224). Madrid: Editorial Síntesis.
- Cruzado, J. A. (2014). Terapias cognitivo-conductuales. En J. A. Cruzado (Coord.), *Manual de Psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pp. 123-147). Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J. A. (2019, abril 6). *Técnicas cognitivo-conductuales en pacientes con cáncer* [Diapositivas de Powerpoint]. Recuperado de <https://cv4.ucm.es/moodle/course/view.php?id=127021>
- Larroy, C. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 453-459). Madrid: Pirámide.
- Palouse Mindfulness (2018, diciembre 27). *The Samurai and the Fly - Hanjin Song* [Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=R5-HNXxc5kk&t=14s>
- Olivares, M. E. (2020, abril 18). *Técnicas cognitivas* [Apuntes Académicos]. Recuperado de <https://cv4.ucm.es/moodle/course/view.php?id=127021>
- Salgado, A., Gómez, M. A., y Yela, J.R. (2008). Detención del pensamiento e intención paradójica. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 549-572). Madrid: Pirámide.