

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
"San Vicente Mártir"

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA
TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

Diseño de un programa de intervención dirigido a
padres con hijos enfermos de cáncer infantil basado
en el protocolo transdiagnóstico

Presentado por:

Doña Mercedes Ochando Arenas

Director/a:

Dra. Doña Adoración Reyes Moliner Albero

Valencia, a 18 de enero de 2023

Mercedes Ochando Arenas

Diseño de un programa
de intervención dirigido a
padres con hijos enfermos
de cáncer infantil basado
en el protocolo
transdiagnóstico

Dedicatoria y agradecimientos

A mi familia, sobre todo a mis padres, mi hermana y mi hermano, por estar siempre ahí, apoyándome, no solo durante estos últimos meses, si no desde que decidí poner rumbo a este viaje tan apasionante con destino: la psicología. Gracias, una vez más, habéis sido el motor que me ha impulsado a seguir siendo mi mejor versión. A seguir con todo, a pesar de las adversidades. Por darme el impulso que necesitaba para realizar este máster. Y por confiar en mí, cuando ni yo misma lo hacía. Gracias por ser y estar. Por no dejarme y acompañarme en mis batallas.

A mi tutora, Reyes Moliner, por confiar en mí, por trasladarme sus conocimientos y aprendizajes. Por las horas dedicadas a este trabajo y por la plena disposición que ha tenido siempre. Gracias, sin tí, nada de esto hubiese sido posible.

A mis tres personas imprescindibles Inma, Paula y Gemma, gracias por acompañarme en este camino, por sostenerme, escucharme y animarme a seguir con todo. Por hacer de mí un reflejo y ver, que todo aquello, a lo que le dedicas esfuerzo, amor, y constancia es recompensando, sin importar el tiempo que pase.

Y fundamentalmente, a los que han luchado, luchan o lucharán por ganar esta batalla. Ojalá este trabajo les sirva de apoyo en algún momento.

“De nuestros miedos nacen
nuestros corajes y en nuestras
dudas viven nuestras destrezas.
Los sueños anuncian otra
realidad posible,
y de los delirios otra razón.
En los extravíos nos esperan los
hallazgos porque es preciso
perderse para volver a encontrarse”.

Eduardo Galeano

Resumen

El cáncer infantil y todos los procesos que implican dicha enfermedad, genera un impacto emocional importante no solo en los niños, sino también en la familia. Tras las primeras reacciones emocionales en los padres que se presentan como respuestas de shock, miedo, impotencia y desesperación, también estos pueden desarrollar trastornos emocionales (ansiedad, depresión) o trastorno de estrés postraumático. Existen evidencias de que el tratamiento en regulación emocional a través del protocolo basado en el transdiagnóstico es y ha sido eficaz en diferentes sintomatologías. Por ello, se ha considerado pertinente el diseño de un programa de intervención basado en el programa transdiagnóstico, dirigido a padres de niños enfermos de cáncer, de edades entre los 3-18 años, con el fin de mejorar la sintomatología congruente con los trastornos emocionales, que pueden experimentar durante la enfermedad de sus hijos. El presente programa cuenta con 10 sesiones, de frecuencia semanal y una duración de 2 horas cada sesión. El objetivo principal es entrenar a los progenitores en habilidades de comprensión y expresión emocional, en estrategias de afrontamiento de regulación emocional adaptativas, y fomentar el apoyo emocional y social junto a otras familias que estén viviendo el mismo proceso. Su ámbito de aplicación es el contexto hospitalario, aunque se puede aplicar en otros entornos.

Palabras claves: cáncer infantil, padres, regulación emocional, trastornos emocionales, tratamiento transdiagnóstico.

Abstract

The childhood cancer and all the processes that imply this illness, produce an important emotional impact in children and the family too. After the first emotional reactions from parents as shock answers, fear, impotence and desperation, they can also develop emotional disorders (anxiety, depression) or post-traumatic stress disorder. There is some evidence that the treatment in emotional regulation through the protocol based on the transdiagnostic program, which is and it was efficient in different symptomatology. For this reason, it has been considered useful the design of an intervention program based on the transdiagnostic program, which is aimed at parents who have children with cancer between the ages of 3 and 18, in order to improve the congruent symptomatology with emotional disorders that they can experience during the children's illness. This program has 10 sessions per week and 2 hours per session. The main aim is to coach parents in comprehension abilities and emotional expression, in confrontation strategies of adaptive emotional regulation, and to encourage the social emotional and social support together with other families who are living the same process. The implementation area is the hospital context but it can be applied to other surrounding.

Keywords: childhood cancer, parents, emotional regulation, emotional disorders, transdiagnostic treatment.

Índice de contenidos

CAPÍTULO 1	1
MARCO TEÓRICO	1
1.1	EL CÁNCER1
1.2	EL CÁNCER INFANTIL.....2
1.3	EPIDEMIOLOGÍA3
1.4	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS DEL CÁNCER INFANTIL.....4
1.5	IMPACTO EMOCIONAL EN LOS PACIENTES CON CÁNCER Y LA FAMILIA7
1.5.1	<i>Síntomas emocionales en pacientes oncológicos</i>7
1.5.2	<i>Síntomas emocionales en los padres de niños con cáncer</i>9
1.6	LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y LOS TRASTORNOS EMOCIONALES13
CAPÍTULO 2	19
JUSTIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE IMPACTO	19
CAPÍTULO 3	21
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	21
3.1	OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....21
3.2	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....21
3.3	DESTINATARIOS DEL PROGRAMA.....22
3.4	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: PRE-POST23
3.5	DESARROLLO DEL PROGRAMA.....24
	<i>Sesión 0. Entrevista y explicación del programa</i>26
	<i>Sesión 1. Fomentando la motivación</i>26
	<i>Sesión 2. Comprendiendo las emociones (I)</i>27
	<i>Sesión 3. Comprendiendo las emociones (II)</i>28
	<i>Sesión 4. Mi conciencia emocional</i>30
	<i>Sesión 5. Conociendo mis pensamientos (I)</i>31
	<i>Sesión 6. Conociendo mis pensamientos (II)</i>33
	<i>Sesión 7. Evitando las emociones</i>35
	<i>Sesión 8. Afrontando las sensaciones físicas y tolerando</i>36
	<i>Sesión 9. ¿Nos exponemos a las emociones?</i>38
	<i>Sesión 10. Reconocimiento de logros, mirada al futuro y prevención de recaídas</i>39
3.6	DELIMITACIÓN DE RECURSOS40

CONCLUSIONES	43
LIMITACIONES	47
REFERENCIAS	49
ANEXOS	69

Índice de tablas

TABLA 1.1 - TIPOS DE CÁNCER EN POBLACIÓN INFANTIL	5
TABLA 3.1 - CRONOGRAMA DE LAS SESIONES	25
TABLA 3.2 – MATERIALES PARA EL PROGRAMA	41

Capítulo 1

MARCO TEÓRICO

En este apartado se presenta una revisión teórica sobre el cáncer infantil (conceptualización y tipos de cáncer), epidemiología, diagnósticos, tratamientos, y su impacto emocional en los niños y el entorno familiar. Posteriormente se aborda el concepto de regulación emocional (RE) y el impacto emocional que puede darse en los padres de niños enfermos de cáncer infantil. Con ello se pretende explicar las bases conceptuales para dar cumplimiento a los objetivos que más adelante se plantean en el presente trabajo.

1.1 El cáncer

El término “cáncer” es un concepto genérico y que designa a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de “tumores malignos” o neoplasias” (Pérez, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021): “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de las células. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distintos del organismo”.

La American society of clinical oncology (ASCO, 2019) señala que: “El cáncer comienza cuando las células sanas cambian y crecen sin control. En la mayoría de los tipos de cáncer estas células forman una masa que recibe el nombre de tumor. Este, puede ser maligno o benigno. Un tumor canceroso es maligno, cuando puede crecer y propagarse a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno significa que el tumor puede crecer, pero no se propaga a partes distintas del cuerpo”.

Por último, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2022): “El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades, que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo”.

El cáncer puede afectar a personas de todas las edades y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la sangre y los nódulos linfáticos, el cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central), los riñones y otros órganos y tejidos. Su inicio, se caracteriza por una rápida proliferación de células anormales que se expanden hacia otros tejidos orgánicos que no son los habituales. Este proceso se denomina metástasis. Si no se trata, esta puede aparecer en otras partes del cuerpo, que se verán afectadas por el cáncer o tumor causando la muerte. La metástasis es la causa principal de muerte por cáncer (Malone et al., 2020).

1.2 El Cáncer infantil

El cáncer infantil comprende numerosos tipos de tumores diferentes, que se desarrollan en niños y adolescentes de 0 a 19 años. Los tipos de cáncer más comunes son la leucemia, el cáncer cerebral, el linfoma y, los tumores sólidos, como el neuroblastoma y el tumor de Wilms (OMS, 2021).

A diferencia del cáncer en adultos, la gran mayoría de los cánceres infantiles no tiene una causa conocida y muy pocos cánceres infantiles son causados por factores ambientales o por el estilo de vida (Gróf et al., 2017). Por ello, se podría decir que el cáncer infantil tiene un origen multicausal, incluyendo una gran variedad de factores medioambientales (físicos, químicos y biológicos) y genéticos. Se plantea que el cáncer infantil, presenta características propias que le diferencian del cáncer en los adultos, lo que hace que su tratamiento, seguimiento y control también sean diferentes (Burgio et al., 2018; Gröbner et al., 2018; Paquette et al., 2019; Ruby et al., 2019).

La OMS (2021) informa, que un 10% de los niños que padecen cáncer tiene una predisposición de carácter genético, y que algunas infecciones crónicas son de riesgo para el cáncer infantil. Por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de Epstein-Barr o el parásito del paludismo, aumentan el riesgo de algunos cánceres infantiles (Masuoka et al., 2018). A su vez, otras infecciones, pueden incrementar el riesgo de que el niño desarrolle cáncer en la edad adulta, por lo que es importante la vacunación, así como, contar con otros métodos preventivos, como el diagnóstico temprano o el cribado, para disminuir las infecciones crónicas que pueden conllevar el riesgo a padecer cáncer, ya sean en la infancia o en etapas posteriores (Engels et. al., 2020). Por ello, es conveniente hablar de un diagnóstico precoz y preciso, seguido de un tratamiento eficaz, y acompañado por cuidados paliativos adecuados (OMS, 2021).

1.3 Epidemiología

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes el mundo (Díaz et al., 2019).

Según el último informe de la Asociación española contra el cáncer (AECC, 2020), se registraron 1.006 niños de entre 0 y 14 años diagnosticados de cáncer infantil en España; existiendo así, una prevalencia en los próximos 5 años, de 2.052 casos de cáncer infantil. Su incidencia distribuida por edad de los pacientes es la siguiente: 11,4% de 0-1 año; 35,7% de 1-4 años; 28,5% de 5-9 años y 24,1% de 10-14 años. Existe una predominancia en el género masculino, con un 60% de casos registrados en niños, es decir, un total de 555, y un 40% en niñas, con 376.

Por otra parte, la supervivencia del cáncer infantil a los 5 años es del 75%, observándose así un aumento del 43% en la supervivencia de pacientes diagnosticados desde 1980 hasta 2006, y una disminución de riesgo de muerte posterior a los 5 años del diagnóstico, del 50% (AECC, 2020).

Aunque la supervivencia varía sustancialmente dependiendo del tipo de cáncer y la edad del diagnóstico, el índice ha mejorado desde la década de los 70 (Siegel et al., 2018, 2019). En 2020 se registraron 162 fallecidos por cáncer infantil en España con edades comprendidas entre los 0-14 años (AECC, 2020).

El informe del Registro Español de Tumores infantiles y la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (RETI-SEHOP, 2021), señaló que, en España, entre los años 2015-2021, se informó de un total de 7165 casos de niños entre 0 y 14 años de edad.

El Instituto Nacional del Cáncer (NIH), en 2021 en los Estados Unidos, informó que se diagnosticaron 10500 casos nuevos de cáncer en niños, entre los recién nacidos hasta los 14 años, y se esperaba que cerca de 1190 niños morirán por cáncer. Entre los adolescentes de 15 a 19 años, cerca de 5090 recibirán un diagnóstico de cáncer y casi 590 morirán a causa de la enfermedad.

En cuanto a las tasas de supervivencia se indica que el 85% de los niños diagnosticados de cáncer vivirán al menos 5 años después del diagnóstico (NIH, 2021), gracias a los avances en los sistemas del diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil.

Los supervivientes de cáncer infantil corren un elevado riesgo de sufrir diferentes afecciones somáticas y de salud mental graves, atribuibles al cáncer y su tratamiento, ya que

este tiene numerosos efectos secundarios, así como también, pueden acarrear efectos a nivel social, económico, y una disminución del bienestar psicológico y de la calidad de vida, de los mismos. A su vez, es importante destacar, que otros muchos supervivientes presentan condiciones de salud muy adversas, y en otros, por lo contrario, son leves. No obstante, se justifica, la necesidad de realizar esfuerzos conjuntos para la atención y el seguimiento a largo plazo de los pacientes con cáncer infantil (Erdmann, et. al 2021).

1.4 Diagnóstico y tratamientos del cáncer infantil

El último informe realizado por el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP), registra un total de 12 tipos de cáncer infantil, por grupo de diagnóstico. A continuación, se describen de mayor a menor frecuencia los diferentes tipos de cáncer, que se diagnostican en la población infantil (Pardo et al., 2021) (ver Tabla 1.1).

Tabla 1.1 - Tipos de cáncer en población infantil

<i>Tipo</i>	<i>Definición</i>
Leucemias y enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásica	Afectan a la médula y a los tejidos que fabrican las células de la sangre.
<i>Linfomas</i>	Cánceres de ganglios linfáticos que pueden afectar a todo el sistema linfático del organismo
<i>Tumores del sistema nervioso central (SNC)</i>	Afectan al cerebro y médula espinal
<i>Tumores del sistema nervioso simpático (SNS)</i>	
<i>Retinoblastoma</i>	Tumor ocular que aparece en la infancia temprana
<i>Tumores renales</i>	Afectan al riñón
<i>Tumores hepáticos</i>	Afectan al hígado
<i>Tumores óseos</i>	Afectación de los huesos
<i>Sarcoma de tejidos blandos</i>	Tumor con afectación de los tejidos adiposos, de los músculos, fibras y nervios, así como también, de los vasos sanguíneos o tejidos más profundos de la piel
<i>Tumores de células germinales</i>	Afectación a las células reproductoras (testículos y ovarios)
<i>Trofoblásticos y gonadales</i>	
<i>Otros epiteliales y melanomas</i>	
<i>Otros no específicos</i>	

Fuente. Extraído del Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Elaboración propia

Por otra parte, la distribución por tipos de cáncer entre la población infantil es la siguiente: 30% leucemias; 13% linfomas; 22% tumores del sistema nervioso central (SNC) y un 20% de tumores del cerebro (AECC, 2020). Así pues, la AECC ha registrado que el mayor número de casos ha sido la leucemia (306), seguido del tumor cerebral (153), los linfomas De Hodgkin (84) y riñón (54) (AECC, 2020). Algunas revisiones indican, que los tumores óseos son los más frecuentes, seguidos de los linfomas (Pardo et al., 2021).

El diagnóstico y tratamiento en el cáncer infantil supone fuertes implicaciones emocionales en los niños y sus familias, ya que ambos deben de enfrentarse a las numerosas hospitalizaciones y a los efectos secundarios de los tratamientos que pueden ser muy

invasivos (Jibb et al., 2018). El principal método de tratamiento que se utiliza con los niños es la quimioterapia, que, además, se suele administrar combinada, es decir, con cirugía y radioterapia (Gupta, et al., 2015). Dichos tratamientos son muy agresivos, de duración prolongada e intensos. Se caracterizan por los grandes efectos secundarios que provocan en el organismo, siendo los más comunes: vómitos, náuseas, anemia, pérdida del cabello y del apetito, diarrea y úlceras en la boca, entre otros. Por ello, requieren de revisiones constantes, numerosos ingresos hospitalarios y cuidados en el hogar (Jibb et al., 2018).

Durante los últimos años, los tratamientos que se aplican a la población infantil han ido mejorando, aumentando los índices de supervivencia, reduciéndose los efectos secundarios y favoreciendo la detección precoz de dicha enfermedad (Armstrong et al., 2016).

En la actualidad, los tratamientos más comunes para combatir esta enfermedad según el Instituto Nacional del Cáncer (NIH, 2021) son los siguientes:

- ♦ *Cirugía*. Consiste en la extirpación del tejido tumoral y parte del tejido sano de alrededor para evitar la reaparición de la enfermedad en la misma zona.
- ♦ *Quimioterapia*. Se basa en la administración de diferentes tipos de fármacos para destruir las células tumorales.
- ♦ *Radioterapia*. Se irradian las áreas del organismo donde se localiza el tejido tumoral, con el objetivo de destruirlo y, se protegen los órganos vitales de alrededor.
- ♦ *Trasplante de células madre*. Consiste en restaurar las células madre que conforman la sangre de los individuos, cuyas células madre fueron destruidas por altas dosis de quimioterapia o de radioterapia. A través de trasplantes que provienen de la médula ósea, el torrente sanguíneo o de cordón umbilical.

Por último, mencionar también las intervenciones en *cuidados paliativos*. Estas, forman parte de la atención integral en niños con cáncer y su familia, enfatizando el tratamiento centrado en la persona como uno de las premisas básicas en estos casos. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, mitigando el dolor y los síntomas, y proporcionar un apoyo psicológico y espiritual desde el inicio del diagnóstico, hasta el final de la vida, incluyendo el duelo en los casos más complicados (OMS, 2020).

1.5 Impacto emocional en los pacientes con cáncer y la familia

Es necesario conocer el impacto emocional que produce el diagnóstico de cáncer infantil, siendo este diferente en todas las personas. Este diagnóstico no solo va a afectar a los propios pacientes, sino también a todo su entorno familiar, por lo que ambas partes deben recibir apoyo emocional, basándose en las áreas psicológicas, emocionales y sociales que son las que más se ven afectadas (Carlsson et al., 2019).

1.5.1 Síntomas emocionales en pacientes oncológicos

El diagnóstico de cáncer infantil puede valorarse como un evento amenazante, generando reacciones de ansiedad en los niños oncológicos, al percibir que no tienen los recursos necesarios para hacer frente a la enfermedad. Esta ansiedad puede provocar a su vez sentimientos de tristeza, que pueden desencadenar en depresión (Rodríguez et al., 2019). La ansiedad y la depresión son síntomas comunes durante el tratamiento de la enfermedad y la hospitalización (Vuotto et al., 2018).

Cabe señalar que la depresión, es uno de los problemas de salud mental más comunes en niños y adolescentes (Chi et al., 2020). Actualmente, la OMS informa que la depresión es la tercera causa de enfermedad y discapacidad en la adolescencia (OMS, 2021).

Los síntomas más predominantes de la *depresión* según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) son de tipo afectivo (tristeza patológica, anhedonia, apatía, desesperanza y sensación subjetiva de malestar) destacando más en niños síntomas de irritabilidad. A su vez, pueden presentar síntomas cognitivos (problemas para pensar o concentrarse o tomar decisiones), y físicos (perdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor y fatiga o pérdida de energía).

Varios estudios han investigado sobre la relación entre la depresión y cáncer infantil, observándose así que, los niños con diagnóstico de cáncer, presentan niveles de depresión más elevados que sus iguales sanos (Geue et al., 2018; Irestorm et al., 2020; Yardeni et al., 2020). Además, cabe señalar que el diagnóstico de depresión junto con el cáncer no es fácil, debido a que algunos de los síntomas depresivos se pueden superponer entre el cáncer, la depresión y los efectos secundarios de los tratamientos recibidos como pueden ser: la pérdida de peso, problemas de sueño, fatiga y dificultades para concentrarse y pensamientos de suicidio (Richardson & Adams, 2018).

Por otra parte, la ansiedad es una respuesta normal en los enfermos de cáncer. Esta es prolongada o excesiva, y puede tener un impacto emocional negativo a nivel de bienestar psicosocial y la calidad de vida del niño (Desjardins et al., 2019; Martins et al., 2018).

Según la NIH, (2022), la *ansiedad* se define como sentimientos de miedo, temor e inquietud, que puede producirse como reacciones al estrés. Por otro lado, el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) señala que la ansiedad debe de presentar los siguientes síntomas: inquietud o nerviosismos, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas para concentrarse o mantener la mente en blanco y problemas de sueños como dificultad para dormirse o sueño inquieto.

Otros autores, han realizado investigaciones para identificar predictores de la ansiedad en niños con cáncer, siendo alguno de ellos los siguientes: ansiedad por separación, vivir con un solo progenitor (padre o madre), discusiones entre padres, y más eventos negativos en la vida (Draisey et al., 2020; Hinds et al, 2013; Martins et al., 2018).

Algunos autores plantean que la ansiedad va a depender también del momento evolutivo en el que se encuentre el niño. Por ejemplo, los niños menores de 6 años, presentarían niveles de ansiedad por separación de sus figuras de referencia más elevados; los niños entre 6 y 10 años, más respuestas ansiosas ante los procedimientos médicos invasivos; y los niños mayores de 10 años, más reacciones de ansiedad ante la pérdida de funciones físicas y fisiológicas, y la muerte (Perez & Greenzang, 2019). Además, hay que tener en cuenta el tipo de cáncer que padecen, debido a que esto, juega un papel fundamental en el impacto psicológico. Así pues, autores como German et al., (2017) observaron en sus investigaciones que, los cánceres del SNC se asocian con mayores niveles de estrés.

Además, los niños con cáncer infantil, presentan emociones negativas, entre las que destacan la tristeza, el miedo y la irritabilidad, pudiendo influir de forma negativa durante el proceso del tratamiento y en la vida del niño (Bellver & Verdet., 2015). No obstante, también pueden experimentar emociones positivas. Estas aparecen en relación, con la capacidad de resolver de forma positiva aquellos conflictos que pueden aparecer durante el transcurso de la enfermedad, ya sean por si solos o con ayuda de sus padres y/o del equipo terapéutico.

1.5.2 Síntomas emocionales en los padres de niños con cáncer

El cáncer infantil no solo afecta al niño, sino a todo el núcleo familiar, padres, hermanos, y las relaciones que tienen establecidas entre ellos. Cada uno de ellos, debe de realizar una adaptación a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento y las posibles recaídas (Kim et al., 2019).

Los familiares, en la práctica pediátrica, son considerados un recurso de apoyo esencial para el niño enfermo. En ocasiones, se habla de ellos como “enfermos invisibles”, ya que los cuidadores primarios experimentan igual o incluso más sufrimiento psicológico, que los propios pacientes (Fedele et al., 2013; Sharma et al., 2018). En la mayoría de los casos, es la madre quien cuida y pasa más tiempo con ellos, y cuya predisposición a desarrollar sintomatología depresiva es más elevada. Los padres participan más de forma periférica en los cuidados de los niños (Barrera et al., 2013, Carlsson et al., 2019; Kim et al., 2019).

Las primeras reacciones emocionales tras recibir el diagnóstico, se presentan como respuestas de shock, desesperación, miedo e impotencia (Clarke, 2006; Jithoo, 2010). Aunque también pueden darse la negación e incredulidad (Gunter & Duke, 2018). A estos sentimientos les sigue la tristeza, ira, irritabilidad, desesperanza, dificultades de concentración, insomnio, así como también, sufrimiento, inseguridad y miedo a la muerte (Bilani et al., 2019).

Tras el diagnóstico inicial, se distinguen diferentes fases por las que pasan los familiares del niño oncológico. La primera, la *fase de desintegración*, donde pueden aparecer la depresión, la rabia y la culpa. Una segunda *fase de ajuste*, donde la familia tiene la necesidad constante de buscar información sobre el diagnóstico, tratamientos existentes, entre otros aspectos, con el objetivo de aumentar su aceptación del diagnóstico e irse acomodándose emocionalmente al mismo, además de, hacer frente a la sociedad (dar explicaciones continuamente sobre la evolución de su hijo). Finalmente, la *fase de reintegración*, donde la familia trata de poner en su lugar a la enfermedad e integrarla en la vida familiar (Grau & Fernández, 2010; Kelada et al., 2019).

Cuando se adquiere una mayor conciencia del diagnóstico, los sentimientos de ira y culpa, pueden ser emociones significativas en la familia. Estas emociones pueden ser transmitidas de manera directa por los padres a sus hijos. Por ello, es de vital importancia tener una buena comunicación con el niño, debido a que, si los adultos expresan los sentimientos y/o emociones de forma exagerada o los reprimen, aumenta la probabilidad de

incrementar la preocupación y el temor en el niño enfermo de cáncer (Yélamos et al., 2010). Tras ello, es cuando la familia comienza a asumir que la enfermedad tendrá consecuencias sobre sus vidas, y ven como sus planes futuros, responsabilidades o las tareas de su día a día, se ven alteradas (Doka, 2010; Kelada et al., 2019).

Otro factor a tener en cuenta a nivel emocional en la familia, es si el niño enfermo es hijo único, si hay más hermanos en el núcleo familiar o si es el único hermano de su sexo, ya que estos aspectos afectan a los niveles de angustia que suelen experimentar los padres (López-Naranjo, 2011). Además, ante la posibilidad de un duelo, la respuesta ante la pérdida de un hijo único por cáncer, parece estar asociada a una mayor propensión a sufrir pensamientos e intentos suicidas (McCarthy et al., 2010). Por ende, si se tiene más hijos, puede ser que, tras la muerte del niño, la relación con el resto de sus hijos este muy deteriorada, y, en ocasiones, puede que los hermanos sientan resentimiento por el abandono y las comparaciones con su hermano fallecido (Carreño et al., 2017).

Por lo tanto, el diagnóstico es un momento en el que los familiares presentan niveles elevados de emociones negativas, como son el enfado, tristeza y miedo (Matute, 2017). Y a su vez, aparecen sentimientos y emociones como la impotencia, cambios de autoestima de los progenitores, resignación al tener que acudir numerosas veces al hospital y el sentimiento de que la enfermedad va a controlar sus vidas (Grau & Fernández, 2010). Otro de los síntomas más comunes es la aparición de estrés postraumático (TEPT) (Woolf et al., 2016).

Además, los síntomas depresivos se hacen notorios poco después de recibir el diagnóstico de cáncer infantil. Si lo comparamos con los padres de niños sanos, los padres de niños con cáncer muestran niveles más elevados de depresión (Burns et al., 2018; Norberg & Boman, 2008).

A lo largo del periodo del tratamiento, la sensación de confusión, inseguridad, miedo y angustia que se experimenta en los primeros días del diagnóstico, sigue estando presente (van Warmerdam et al., 2019). La familia recibe información constantemente del médico oncólogo y otros profesionales sanitarios, sobre la enfermedad y tratamiento, y la adaptación a su nuevo estilo de vida. Esto implica también la aparición de dificultades para dormir, sentimientos de soledad, malestar, quejas somáticas, pérdida de autoestima y sensación de pérdida del control de la vida personal (Dunn et al., 2012).

El tratamiento intensivo, las visitas frecuentes al hospital, y el temor a una recaída o a la muerte, son los desafíos más frecuentes a los que se enfrentan los padres de un niño con

cáncer infantil (Granek et al., 2013; van Warmerdam et al., 2019). Dichos aspectos, producen una alteración en la estructura familiar y su funcionamiento (Christofferson et al., 2020; Kazak et al., 2020; Santos et al., 2018).

Algunos de los cambios más frecuentes que se producen en la estructura familiar son: el abandono del puesto de trabajo por parte del cuidador principal para permanecer al cuidado del niño (Carlsson et al., 2019; Kim et al., 2019); limitaciones de tipo económico (Grau, 2002; Santacroce & Kneipp, 2020); aislamiento social (Doka, 2010), por lo que tiende a apoyarse en otras familias que se encuentran en la misma situación que ellos (Grau 2002); en ocasiones se produce el abandono del hogar familiar por parte de los hermanos de los niños enfermos de cáncer, realizando los padres un esfuerzo por intentar mantener un equilibrio de responsabilidades entre su hijo enfermo y el resto de hermanos (Carlsen et al., 2019). Todo ello podría dar lugar a una asincronía en la forma de enfrentar los problemas, provocando aislamiento entre los miembros de la familia y sentimientos de abandono y falta de empatía (Da Silva et al., 2010).

Tras la experiencia y el largo proceso que supone una enfermedad, como es el cáncer en este caso, en numerosas ocasiones, los progenitores de los niños oncológicos informan a los especialistas que se sienten agotados a nivel emocional, físico y mental, y como consecuencia de ello, se puede observar una disminución en su capacidad para hacer frente a nuevos factores estresantes y esto a su vez, contribuye a desarrollar a que persista la angustia patológica (Carlsson et al., 2019).

Varios estudios informan la presencia de un aumento de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático (TEPT) en los padres de niños con cáncer en comparación con la población general (Aziza et al, 2019; Katz, 2002; Ljungman et al., 2018; Salvador et al., 2019). Observándose así, síntomas ansioso-depresivos en el 41% de las madres y un 30% en los padres (Dunn et al., 2012). A su vez, se han encontrado diferencias en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión, siendo los síntomas depresivos más frecuentes en las madres, pero los síntomas ansiosos, similares en ambos progenitores (Barrera et al., 2012).

Los síntomas de ansiedad son frecuentes en los padres de niños con cáncer. Una vez que estos se han adaptado a la situación, disminuyen, aunque siguen presentando errores en el procesamiento de la información, producidos por pensamientos automáticos repetitivos, miedos irracionales respecto al futuro de su hijo y las propias habilidades para cuidarles (van Warmerdam et al., 2019).

Algunos de los factores de riesgo para la aparición de ansiedad son: la presencia de sentimientos de impotencia, problemas para aceptar la enfermedad, ingresos económicos inadecuados y, enfermedades de la familia extensa y el tipo de cáncer que sufre el niño o el adolescente (Bilani et al., 2019).

Hacia el final del tratamiento, aparecen ciertas preocupaciones en los padres, ya que se tienen que enfrentar a su nueva normalidad, es decir, a la vuelta a la vida normal y cotidiana del niño. Una de las mayores preocupaciones es el funcionamiento social de su hijo durante y tras la enfermedad, principalmente con el contexto escolar, por lo que los padres tienden a sobreproteger a sus hijos enfermos (Doka, 2010). Y muestran más miedos, temores e incertidumbre sobre las recaídas; experimentan mayores sentimientos de soledad y aislamiento; y pueden darse los primeros síntomas de estrés postraumático (TEPT) (Bohman et al., 2010, Kazak et al., 2005).

A su vez, se registran niveles elevados de depresión, especialmente en los cuidadores primarios y con patrones cognitivos que tienden a distorsionar la información o a adelantar desenlaces pesimistas y pensamientos catastróficos sobre el desarrollo de la enfermedad (Bhattacharya et al., 2016; Nieto, 2018).

Tras la recuperación de la enfermedad, los padres experimentan incertidumbre ante la posibilidad de sufrir recaídas en un futuro (Pérez & Greenzang, 2019). Teniendo como consecuencia un alto nivel de estrés para la familia, pudiendo aumentar el riesgo de sufrir ansiedad, depresión, malestar psicológico o alteraciones somáticas y temores sobre el futuro de su hijo (Carlsson et al., 2019).

Por otra parte, Wechsler (2016) señala que los factores que afectan a un peor ajuste psicológico y con mayores tasas de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios son: ser mujer, soltera, sin estudios superiores y con un estatus socioeconómico bajo.

Por último, señalar que ambos progenitores tienen diferentes necesidades de apoyo, señalando, como uno de los factores protectores más importante, el apoyo social. En este sentido el apoyo de la pareja, hermanos, padres e hijos, tienen un papel fundamental en proporcionar una actitud de escucha activa y de apoyo (Kelada et al., 2019). Así, diferentes estudios muestran que el apoyo social tiene un efecto moderado en el impacto de ansiedad, síntomas depresivos, de estrés postraumático, y funciona como buen predictor del buen ajuste psicosocial (Garder et al., 2017; van Warmerdam et al., 2019; Willard et al., 2016).

1.6 La regulación emocional y los trastornos emocionales

La regulación emocional (RE), se ha convertido en los últimos años en uno de los constructos más estudiados en el ámbito de la psicología clínica. Se encuentran diversas definiciones y modelos explicativos de la RE (Guzman, et al., 2014).

Autores como Thompson (1994) define la RE como “El conjunto de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente su intensidad y características en el tiempo, con el objetivo de alcanzar las propias metas”.

Esta definición hace referencia a que las conductas de RE de las personas se orientan a metas, sean reflexivas o no, ya que en ocasiones pueden tener por objetivo simplemente, querer modificar un estado afectivo o de largo plazo (Hervás & Moral, 2017).

Según Gross (1999, como se citó en Hervás 2011) la RE hace referencia a “Aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”.

Esta definición añade que la RE no solo influye en cómo los humanos se expresen sino también, cómo estén viviendo la emoción ya sea esta, positiva o negativa (Hervás & Moral, 2017).

Otros autores como Gratz y Roemer (2004) consideran la RE como una habilidad integrada por las siguientes dimensiones: atención y consciencia de las emociones, comprensión y aceptación de emociones, y la capacidad para gestionar la conducta impulsiva cuando se experimentan emociones desagradables. Además, según estos autores, la RE también comprende la capacidad para hacer uso de las emociones adecuadas de forma acorde al contexto, momentos y situaciones precisas, es decir, implica la habilidad para emplear estrategias de regulación flexibles, que permitan a la persona adaptar sus respuestas según lo deseado, en función de los objetivos individuales y las demandas sociales (citado en González et al., 2017; Cabanach et al., 2019).

Destacar que las estrategias adecuadas de RE contribuyen al buen funcionamiento psicológico de las personas, así un déficit o un mal uso de estas, pueden favorecer la aparición de consecuencias negativas a nivel psicológico (Hervás, 2011).

En este sentido, Hervás y Vázquez (2006), establecen como polo opuesto a la RE, el concepto de desregulación emocional, y diferencian tres formas básicas en las que puede

manifestarse la misma. Una de ellas es el “*déficit de regulación por ausencia de activación*”, la persona no activa las estrategias de RE cuando son necesarias. Por otra parte, la “*desregulación por déficit de eficacia*”, en la que las estrategias de RE utilizadas en ocasiones carecen de eficacia y no tienen que ser empleadas forzosamente para regular estados emocionales negativos. Por último, un “*déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional*”, que alude al uso de estrategias contraproducentes para la emoción (evitación, rechazo o la supresión emocional), que intensifican la experiencia emocional, en lugar de reducirla.

Según diversos autores, las características de la presencia de dificultades de la RE se pueden agrupar en seis dimensiones que, a su vez, permiten medir y definir dicho constructo siendo éstas: la dificultad para controlar los impulsos, el acceso limitado a estrategias de regulación emocional, la falta de aceptación emocional, la interferencia en conductas dirigidas a metas, la falta de conciencia emocional y los problemas en la claridad emocional (Gratz y Roemer, 2004; Gómez-Simón, Penelo & De La Osa, 2014; Hervás & Jódar, 2008; Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016).

Otros estudios, han considerado la RE como un constructo transdiagnóstico para explicar los problemas psicológicos, ya que las dificultades en la RE están relacionadas con problemas internalizantes y externalizantes (Aldao et al., 2016; Dixon-Gordon, Aldao y De Los Reyes, 2015). Por consiguiente, las estrategias de RE disfuncionales como la evitación, rechazo, rumiación o supresión emocional, intensifican la sintomatología psicológica, mientras que, las estrategias consideradas adaptativas tales como la aceptación, la reevaluación cognitiva y la resolución de problemas, se han asociado con menores niveles de psicopatología. Este aspecto señala que existe una relación entre el empleo de estrategias disfuncionales de RE y patologías internalizantes (depresión, ansiedad, síntomas somáticos y trastornos adaptativos), así como también, con patologías externalizante (abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria).

Por tanto, es de vital importancia diferenciar una RE adecuada, de lo que pueden ser intentos de control emocional, que pueden ser útiles a nivel subjetivo, pero totalmente contraproducentes para hacer frente a la situación u emoción que se esté experimentando (Hervás, 2011).

Actualmente, la depresión presenta una relación estrecha con la RE, considerándose no solo un trastorno del estado de ánimo, sino también un trastorno de la RE. Las personas con depresión presentan un déficit en la RE, debido a que sus estados de ánimo son

duraderos y prolongados en el tiempo (Peeters et al., 2003) y a su vez, la realización de actividades positivas es muy limitada (Hervás 2011). No obstante, los problemas de RE no solo aparecen en personas con sintomatología depresiva, sino también en sujetos que presentan otras vulnerabilidades (estado de ánimo negativo, situaciones estresantes que requieran de una nueva adaptación o historias previas de depresión) (Hervás & Moral, 2017).

Varios estudios indican que las personas con mayores niveles de sintomatología depresiva tienden a prestar más atención a las emociones, y presentan una menor claridad y reparación emocional (Extremera et al., 2006; Rude & McCarthy, 2003). Señalan que las personas con historia de depresión, presentan problemas de RE, menor claridad y menor aceptación emocional, que las personas sin historia de depresión (Ehring et al., 2008).

Por otro lado, también, se encuentran diferentes investigaciones sobre los trastornos de ansiedad y su relación con la RE. Gross y Levenson, (1997), observaron que la supresión emocional ante ciertas situaciones incrementa la actividad fisiológica, por lo que esto supondría la base de las reacciones elevadas de ansiedad en algunos pacientes (citado en Hervás 2011; Barrera et al., 2012).

Por ello, los programas de intervención basados en el transdiagnóstico, plantean para los trastornos emocionales (depresión, ansiedad, síntomas somáticos y adaptativos), la necesidad de incluir un módulo basado en el entrenamiento en RE para dichos trastornos (Barlow et al., 2019). Así, las estrategias a las que las personas acceden para modificar las experiencias emocionales que estén experimentando en una determinada situación, pueden ir dirigidas a mantener, aumentar o suprimir un determinado estado emocional.

Existen evidencias de que el tratamiento en RE en los padres a través del transdiagnóstico es y ha sido eficaz en diferentes sintomatologías. Por ejemplo, en madres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), se observó una reducción de la preocupación y la rumiación (Mohseni-Ezhiyeh et al., 2016), y en padres de niños con asma, se observó que las prácticas en RE podrían constituir un factor protector que modula el impacto emocional que genera este diagnóstico (Torres, 2019).

Por lo tanto, la intervención desde este planteamiento, no solo se centra en las respuestas emocionales en sí, sino, en cómo los sujetos manejan y controlan sus emociones. Estos mecanismos modifican el comportamiento o la experiencia emocional, y también, se

han observado cambios en las funciones cerebrales (Barlow., 2011; García-Escalera et al., 2016).

Barlow parte del hecho de que hay personas que presentan una mayor vulnerabilidad biológica y psicológica a que las emociones se conviertan en foco de distimia, de malestar y de ansiedad, volviéndose así, incontrolables y amenazantes. A su vez, esto genera en los sujetos un estilo de afrontamiento inadecuado, que deriva en que el malestar emocional esté presente durante largos periodos de tiempo (Barlow., 2011).

Dicho planteamiento es lo que se conoce como transdiagnóstico. Este, conceptualiza la disfunción emocional, a partir del estudio de los procesos básicos que subyacen a los trastornos mentales, como son la atención, la memoria, la emoción o el razonamiento (Harvey *et al.*, 2004; Kring y Sloan, 2010; Clark y Taylor, 2009). Los resultados obtenidos desde este enfoque, demuestran que estos procesos disfuncionales, es decir, los sesgos atencionales, la sobregeneralización de la historia personal, el uso de la rumiación y la preocupación de eventos futuros, actúan como factores desencadenantes y mantenedores de la aparición de los síntomas que forman parte del diagnóstico de la psicopatología (Webb et al., 2012). En este sentido, estos procesos serían transdiagnósticos a los diferentes trastornos emocionales (Webb et al., 2012).

Varios estudios que se mencionan a continuación, señalan que el tratamiento transdiagnóstico es eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión, así como de otros trastornos como la agorafobia, pánico, y la fobia social. Autores como Farchione et al., (2012) confirmaron la efectividad de este método terapéutico en pacientes con un espectro heterogéneo de ansiedad emocional y trastornos del estado de ánimo, durante la etapa de tratamiento y en el periodo de seguimiento. Otros autores como Mohammadi et al., (2014) demostraron que el tratamiento transdiagnóstico era más efectivo en las emociones negativas y positivas y en los procesos de RE. El estudio de Lotfi et al., (2013) encontró que el tratamiento transdiagnóstico mejoraba las estrategias de RE en los pacientes con trastornos emocionales tanto en la infancia como en la adultez. Otros autores como Sandín et al., (2020) aplicaron el programa transdiagnóstico basado en un programa administrado por internet (iUP-A). En dicho tratamiento participaron no sólo los adolescentes sino los padres y terapeutas, obteniendo buenos resultados en la RE y en el tratamiento de los trastornos emocionales en niños y adolescentes. También, se observó, un incremento de emociones positivas en los padres, como el afecto positivo y la satisfacción vital.

Finalmente, hacer mención del estudio PsicAp de Cano-Vindel et al., (2021) que observaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en el tratamiento de los trastornos emocionales, en atención primaria. El objetivo fue comparar la eficacia de añadir la terapia transdiagnóstica cognitiva-conductual, al tratamiento que reciben los pacientes a través del médico de familia (farmacológico), en pacientes adultos con trastornos emocionales en Atención Primaria. Los autores, concluyeron que la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica grupal junto con el tratamiento habitual, es altamente significativa en el abordaje de estos trastornos emocionales reduciendo así, los síntomas de ansiedad, depresión, y síntomas somáticos, frente al tratamiento habitual (farmacológico). A su vez, se observó, un aumento en la calidad de vida de los pacientes y una mayor satisfacción con el tratamiento recibido. Por lo tanto, la combinación del tratamiento mejora la sintomatología y ayuda a los pacientes a recuperarse, a la vez que se minimiza el riesgo de deterioro. Además, evidenciaron los beneficios de trabajar en el contexto de Atención Primaria.

En relación con el cáncer infantil, el hecho de cómo los padres afronten y regulen sus emociones, puede influir en la RE de los hijos. Además, la manera en la que los padres se adapten a la nueva situación experimentada en el núcleo familiar y el funcionamiento de la misma, se ha identificado como uno de los predictores más fuertes de la adaptación del niño al cáncer (Kawamura, 2016).

Se han encontrado evidencias de la transmisión de emociones entre padres e hijos durante los periodos de hospitalización, observándose reacciones intensas de dolor y síntomas como náuseas o vómitos en pacientes cuyo cuidador principal muestra niveles elevados de ansiedad (Fernández- Castillo & López- Naranjo, 2006; Goldstein-Leever et al., 2018).

A su vez, se han encontrado evidencias de que el sufrimiento de los padres está significativamente relacionado con la salud psicológica del niño (Barrera et al., 2012; Falluco et al., 2019; Robinson et al., 2009), así como también, muestra una relación significativa la angustia de los padres y la experimentada por sus hijos (Bakula et al., 2019; Schepers et al., 2020; Bilani et al., 2019).

Se ha observado que la relación padre e hijo mediaba entre la angustia de los padres y el ajuste de los niños en el cáncer infantil. Por tanto, concluyó que prestar una mayor atención al estado emocional que estaban presentado los padres, daba lugar a mejores

resultados de ajuste informados por los jóvenes, y que una mayor sobreprotección, conducía a un menor ajuste (Schepers et al., 2020).

En conclusión, estos estudios destacan la importancia de observar el funcionamiento y afrontamiento de los padres para comprender también la adaptación emocional y psicosocial en los niños con cáncer (Kawamura, 2016). Por ello es necesario el desarrollo de intervenciones, que se dirijan a mejorar los estados emocionales y el ajuste de la enfermedad, tanto en los pacientes como en los padres del niño con cáncer, puesto que estos, ejercen la función de cuidadores principales. A su vez, hay que tener presente en todo momento, la importancia de la interacción y transmisión de emociones que se da entre padres e hijos (Schepers et al., 2020).

Capítulo 2

JUSTIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE IMPACTO

Tras realizar una revisión bibliográfica acerca del cáncer infantil y el impacto emocional que genera en los niños y en la familia el proceso oncológico, se ha podido comprobar que las primeras reacciones emocionales en los padres tras recibir el diagnóstico, se presentan como respuestas de shock, desesperación, miedo e impotencia (Clarke, 2006; Jithoo, 2010). A su vez aparece la negación e incredulidad (Gunter & Duke, 2018), y también, sentimientos de tristeza, ira, irritabilidad, desesperanza, dificultades de concentración, insomnio, sufrimiento, inseguridad y miedo a la muerte (Bilani et al., 2019).

Por consiguiente, algunos padres van a presentar una mayor predisposición a desarrollar trastornos emocionales, encontrándose una alta comorbilidad entre ansiedad y depresión (van Warmerdam et al., 2019). Ante el tratamiento que van a recibir sus hijos, los padres muestran más miedos, temores e incertidumbre sobre las recaídas, sentimientos de soledad y aislamiento, y aparecen los primeros síntomas de estrés postraumático (Bohman et al., 2010, Kazak et al., 2005).

Por este motivo, se ha considerado pertinente el diseño de un programa de intervención dirigido a padres, de niños enfermos de cáncer, cuyas edades estén comprendidas entre los 3-18 años.

El programa constará de 8 módulos distribuidos en 10 sesiones, incluyendo en todas ellas aspectos de la RE. Se considera necesario, la adaptación del número de sesiones en este programa, en comparación con el protocolo transdiagnóstico de Barlow que consta de 8 sesiones (Barlow et al., 2019), con el objetivo de dedicar un tiempo adicional a trabajar ciertas habilidades (por ejemplo, las emociones y los pensamientos) ya que, estos módulos requieren de mayor práctica para que los participantes del programa adquieran las habilidades de forma correcta y las pongan en práctica. El programa tendrá una frecuencia semanal. La duración de las sesiones será de dos horas (120 min).

El motivo por el cual el programa está dirigido a intervenir en dichos aspectos se debe a que es importante tener en cuenta cómo los padres regulan y gestionan sus

emociones tras el impacto de la enfermedad y cómo puede afectar a la gestión emocional de sus hijos (Bilani et al., 2019). Existen evidencias de que el sufrimiento de los padres está significativamente relacionado con la salud psicológica del niño (Barrera et al., 2012; Falluco et al., 2019; Robinson et al., 2009). También, la angustia de los padres y la de los hijos muestran una asociación significativa (Bakula et al., 2019; Schepers et al., 2020).

Son muy pocos los programas que tienen en cuenta la RE en los padres de los niños con cáncer, puesto que programas como: la Intervención psicoeducativa de Fawzy y Fawzy (Fawzy & Fawzy (1994), la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer (Moorey y Greer, 1989) y la Terapia de Spiegel (Spiegel, 1995), van dirigidos a los pacientes oncológicos sin incluir a la familia. Por otro lado, existen programas que pueden ser eficaces tanto para los pacientes oncológico como para los familiares. Este es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes (García Rasero & Tamayo Hernández (2019) que les permite aceptar el sufrimiento de la enfermedad y continuar con sus vidas.

Por otro lado, la modalidad de aplicación del tratamiento será grupal, ya que favorece su eficacia en las familias (van Warmerdam et al., 2019).

El grupo estará formado por los progenitores de primer grado del niño enfermo de cáncer, con un total de 10-12 participantes. Este tipo de intervención aporta una serie de beneficios a las familias: apoyo emocional al compartir las emociones y experiencias acerca del impacto del diagnóstico de la enfermedad, reducir el aislamiento social y mejorar la relación emocional entre padres e hijos (Grau & Fernández, 2010).

Capítulo 3

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1 Objetivos del programa

El *objetivo general* del trabajo es diseñar un programa de intervención basado en el programa transdiagnóstico, dirigido a padres con hijos enfermos de cáncer infantil, con el fin de mejorar la sintomatología congruente con los trastornos emocionales, durante y tras el trascurso de la enfermedad.

Para lograr dicho objetivo, se plantean los siguientes *objetivos específicos*:

- ♦ Crear conciencia emocional en los padres para que sepan identificar sus propias emociones y las de sus hijos.
- ♦ Dotar de habilidades a los padres para comprender y expresar sus emociones, así como también, de que las emociones forman parte del proceso cognitivo y hay que gestionarlas de forma adaptativa.
- ♦ Reducir el uso de estrategias desadaptativas de la regulación emocional y entrenarlos en estrategias adaptativas.
- ♦ Ofrecer apoyo emocional, comprensión y aceptación junto con otras familias que están viviendo el mismo proceso.
- ♦ Fomentar el apoyo social entre los participantes.

3.2 Ámbito de aplicación

La presente propuesta está pensada para ser llevada a cabo en un contexto hospitalario. Los familiares de los pacientes oncológicos, serán derivados desde el Servicio de Oncología Infantil, a que sean valorados por el psicooncólogo del hospital, tras la presencia en los padres de sintomatología emocional significativa. Además, será el propio psicooncólogo de dicho hospital, el que llevará a cabo el tratamiento.

A su vez, se difundirá la realización del programa a través de carteles promocionando dicha intervención, situándolos en puntos estratégicos del hospital como: entradas y salidas, sala de espera, dentro de la consulta del propio médico, entre otros (ver Anexo 1).

No obstante, el programa podría realizarse en cualquier clínica de atención psicológica o también asociaciones de pacientes y familiares de enfermos de cáncer, que cuenten con un psicólogo general sanitario o psicooncólogo con formación específica y con un espacio que permita la realización de la intervención grupal. En este caso, sería el propio psicólogo de cada clínica o asociación, quien reclutaría a los familiares de los enfermos que cumplan los criterios de inclusión del programa, aceptando participar en el tratamiento grupal.

La sala dispondrá de medios audiovisuales para proyección de diapositivas y videos, y del mobiliario necesario.

3.3 Destinatarios del programa

El siguiente programa va dirigido a todos aquellos familiares de primer grado (padres y madres) de niños con un diagnóstico de cáncer, y que estén recibiendo tratamiento oncológico.

Los *criterios de inclusión* que se ha seleccionado para el programa son:

- ♦ Los participantes serán padres y madres de niños con un rango de edad entre 3-18 años.
- ♦ Todos los participantes del grupo deben de ser familiares de primer grado, por lo que se estima que participen uno o ambos progenitores.
- ♦ Los participantes presentarán sintomatología clínicamente significativa congruente con algún trastorno emocional (ansiedad, depresión, ...).
- ♦ Deberán cumplimentar la evaluación psicológica y el consentimiento informado.
- ♦ Se comprometerán a participar en las sesiones del programa.

Como *criterios de exclusión*, se consideran aquellas condiciones que contradigan los criterios de inclusión, y que los progenitores de los niños presenten un trastorno del desarrollo intelectual que impida seguir el programa.

3.4 Instrumentos de evaluación: Pre-Post

A continuación, se describen los cuestionarios que constituirán el protocolo de evaluación y que se aplicarán antes del inicio del programa y al finalizar el mismo.

En primer lugar, se les pasará el *MEDI (Inventario multidimensional de trastornos emocionales)* (Rosellini., 2013), que servirá de cribado para valorar la presencia de sintomatología congruente con trastornos emocionales. Este cuestionario está validado en población española (Osma et al., 2019). Se compone de 49 ítems y evalúa nueve dimensiones: Temperamento neurótico, Temperamento positivo, Estado de ánimo deprimido, Excitación automática, Ansiedad somática, Ansiedad social, Cogniciones intrusivas, Reexperimentación traumática, y Evitación. Se responde de acuerdo a una escala tipo Likert con ocho categorías, que va desde “nada característico” en mí a “totalmente característico en mí”. La calificación total se obtiene a partir de la puntuación directa de los ítems que corresponden a cada variable, sumándose la obtenida en los ítems correspondientes a cada dimensión. Las puntuaciones altas indican la presencia de sintomatología clínicamente significativa. Este instrumento presenta una alta consistencia interna en todas las dimensiones con una fiabilidad de alfa de Cronbach de entre 0.74 y 0.92 (ver Anexo 2).

En segundo lugar, se pasarán los siguientes autoinformes, que permitirán evaluar la presencia de dificultades en la RE.

DERS (Escala de Dificultades en la Regulación Emocional) (Gratz & Roemer, 2004). La validación al castellano por Hervás y Jórdar (2008), presenta una serie de modificaciones. La adaptación de la escala supuso una reducción de los ítems, pasando a ser de 28 ítems agrupados en 5 componentes, ya que dos de estos (dificultades en el control de impulsos y acceso limitado a estrategias) se unieron formando un único factor: descontrol emocional. En esta misma línea, los autores modificaron los nombres de los componentes pasando a ser: descontrol emocional (conductas de carácter vehemente marcadas por una falta de estrategias de RE frente a situaciones de malestar); interferencia cotidiana (limitaciones en la focalización de las tareas mientras se padecen emociones desagradables); desatención emocional (inconvenientes en la identificación de las reacciones emocionales); confusión emocional (capacidad de percibir con precisión las emociones) y rechazo emocional (respuestas negativas ante emociones indeseables). Las puntuaciones elevadas en este instrumento indican una mayor dificultad para regular las emociones de manera

efectiva. La fiabilidad que presenta la adaptación es alta (Alfa de Cronbach es de 0.73 y 0.91). (ver Anexo 3).

CERQ (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) (Garnesfski et al., 2001). Cuestionario adaptado al español por Domínguez-Sánchez et al. (2011). Es un autoinforme que evalúa nueve estrategias de RE cognitivas: Rumiación, Catastrofización, Auto-culpase, Culpar a otros, Poner en Perspectiva, Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva y Refocalización en los planes. A su vez, estas escalas se agrupan en dos categorías: *estrategias adaptativas* (se incluyen los factores de Poner en Perspectiva, Aceptación, Reinterpretación Positiva, Focalización Positiva y Refocalización en los planes) y *estrategias desadaptativas* (incluye los factores de Rumiación, Catastrofización, Auto-culpase y Culpar a otros). Su formato de respuestas es tipo Likert con cinco categorías, que va desde “casi nunca” a “casi siempre”. Presenta una alta consistencia interna con una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.88 (ver Anexo 4).

Y finalmente, una vez iniciado el programa, y con carácter semanal, los participantes cumplimentarán los siguientes cuestionarios, con el objetivo de constatar si se produce mejoría en la sintomatología, durante la aplicación del programa.

OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) (Norman et al., 2006). Cuestionario adaptado al español por Osma et al. (2019). Es un autoinforme que permite evaluar la gravedad de la ansiedad y el deterioro funcional. Su aplicación es entre sesiones, con carácter semanal, con el fin de ver la evolución de la sintomatología. Consta de 5 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert, con cinco categorías que van desde “nada” hasta “extrema” (ver Anexo 5).

ODSIS (Overall Depression Severity and Impairment Scale) (Bentley et al., 2014). Cuestionario adaptado al español por Osma et al. (2019). Es un autoinforme que permite evaluar la gravedad de la depresión y el deterioro funcional. Su aplicación es entre sesiones con carácter semanal, con el fin de ver la evolución de la sintomatología. Consta de 5 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con cinco categorías que va desde “nada” hasta “extrema” (ver Anexo 6).

3.5 Desarrollo del programa

En la tabla 2, se muestra de forma resumida, el contenido del programa, los módulos y las sesiones que lo conforman, así como, los objetivos y las actividades.

Tabla 3.1 - Cronograma de las sesiones

Módulo	Sesión	Objetivos	Actividades
1 Fomentando la motivación	1	Identificar las experiencias emocionales, generar y mantener la motivación.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ “Rompe el hielo” ♦ Registro objetivos ♦ Equilibrio decisional
2 Comprendiendo las emociones	2 y 3	Comprender las emociones y la RE: identificar desencadenantes emocionales y sus respuestas, y ver cómo influyen en sus conductas presentes y futuras.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Metáfora del mensajero ♦ Powerpoint: emociones y RE ♦ Registro emocional ♦ “Te ayudo a identificarlas” ♦ El arte emocional ♦ Collage de sentimientos
3 Mi conciencia emocional	4	Aprender en qué consiste la conciencia emocional plena (mindfulness) y adquirir habilidades para observar sus emociones.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Powerpoint mindfulness ♦ Meditación guiada ♦ A través de la música (“mi canción emocional” y dossier músico-emocional)
4 Conociendo mis pensamientos	5 y 6	Aprender la relación pensamiento-emoción, identificar los pensamientos irracionales y racionales e incrementar la flexibilidad y la defusión cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Metáfora del autobús ♦ Powerpoint: conciencia emocional ♦ “Flexibilizando interpretaciones” ♦ Flecha descendente ♦ Escena ambigua ♦ Experiencias ♦ “Estoy teniendo un pensamiento”
5 Evitando las emociones	7	Comprender cómo influyen las conductas en las emociones, generar conductas alternativas y diferenciar entre conductas adaptativas y desadaptativas.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Psicoeducación: pensamientos ♦ “Mi lista de conducta emocional” ♦ “Identificando efectos” ♦ “Mi conducta emocional” ♦ “Mis conductas alternativas”
6 Afrontando las sensaciones físicas	8	Comprender las sensaciones físicas, identificarlas y tomar conciencia de ellas, y aumentar la tolerancia a los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Psicoeducación: sensaciones físicas ♦ Ventana de tolerancia ♦ Visualización ♦ “Mis sensaciones visuales” ♦ “Desata tus miedos”
7 Exponiéndonos a las emociones	9	Entender qué es la exposición emocional y practicar el afrontamiento a las emociones intensas.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Psicoeducación: exposición emocional ♦ “Mi jerarquía emocional” ♦ “¿Lo practicamos?” ♦ Formulario de experiencias
8 Logros y prevención de recaídas	10	Evaluar progresos del tratamiento y establecer objetivos a corto y largo plazo para mantener los logros del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dibujo o descripción ♦ “Mi progreso emocional” ♦ Mantenimiento de logros

Fuente. Elaboración propia

Sesión 0. Entrevista y explicación del programa

En esta sesión se citará a los padres de niños enfermos con cáncer de forma individual, con el objetivo de establecer una buena alianza terapéutica entre el psicólogo especialista encargado de dirigir el programa y los padres. Se recogerán los datos de cada uno de ellos y del niño afectado (nombre, edad, tipo de cáncer y fase en la que se encuentra) y se les pasará el cuestionario MEDI (ver Anexo 2), el DERS y CERQ (ver Anexo 3) y (ver Anexo 4). Posteriormente, se explicará en que consiste el programa de intervención en RE. Se les informará que van a recibir una terapia basada en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, diseñado para ayudar a los pacientes a que aprendan a afrontar y experimentar emociones desagradables y cómo responder a sus emociones de forma más adaptativa, con una duración de 10 sesiones, de frecuencia semanal y una duración de 120 min aproximadamente.

Por último, se les comentará los objetivos que se van a trabajar, la metodología de las sesiones y la importancia que tiene la realización de tareas para casa entre sesiones. Esta sesión servirá para clarificar todas las dudas que presenten, y para firmar el consentimiento informado (ver Anexo 7).

Material necesario: cuestionario MEDI, DERS y CERQ, consentimiento informado y bolígrafos.

Sesión 1. Fomentando la motivación.

Objetivos: identificar las experiencias emocionales que interfieren en el proceso oncológico, establecer pasos para solucionar los problemas, y la importancia de generar y mantener la motivación para llevar a cabo estos cambios que resultan en ocasiones difíciles de realizar.

Descripción: La sesión se comenzará recordando el pase de los cuestionarios (MEDI, DERS y CERQ) que se hizo en la primera entrevista.

Se realizará una presentación grupal, que se llevará a cabo a través de una actividad titulada “*Rompemos el hielo*” (ver Anexo 8) con el objetivo de fomentar la cohesión grupal, la interacción entre los participantes y que los padres se conozcan entre ellos. Para ello, se van a repartir post it a cada componente del grupo y deben de escribir cualidades positivas o impresiones que perciban entre los participantes y posteriormente pegarlas en la espalda de cada uno de ellos. Una vez finalizado, cada participante del grupo deberá de leer en voz alta

las cualidades positivas o impresiones, reflexionar sobre ellas e indicar con cuales se identifica más la persona y finalmente, presentarse a ellos mismos y a sus hijos (edad, nombre, tipo de cáncer y fase en la que se encuentra).

Posteriormente, se les explicará la importancia de identificar las situaciones y problemas por los que están pasando actualmente, los posibles pasos para solucionar los problemas o situaciones encontradas y explorar los costes y beneficios del cambio. Para ello se entregarán dos hojas, una donde puedan establecer los objetivos, “*Registro para clarificar objetivos*” (ver Anexo 9) y otra donde registren el “*Equilibrio decisional*” (ver Anexo 10). Para finalizar, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: si no les ha dado tiempo en sesión que rellenen las hojas de “*Registro para clarificar objetivos*” y la del “*Equilibrio decisional*”. Y que rellenen los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: Post it, hoja de rompemos el hielo, hojas de objetivos y equilibrio decisional, hoja de relajación, hojas de los cuestionarios y bolígrafos.

Sesión 2. Comprendiendo las emociones (I).

Objetivos: Realizar una psicoeducación sobre las emociones y la RE para que adquieran una mayor comprensión sobre ellas y los mecanismos más adaptativos de RE. Ayudar a los participantes del grupo a desarrollar una mayor conciencia de las emociones, así como también la importancia de las interacciones entre las sensaciones físicas, los pensamientos y las conductas que realizan. Aprender a identificar los desencadenantes de las experiencias emocionales y sus respuestas a esas emociones e identificar como influyen en sus conductas presentes y futuras.

Descripción: La sesión comenzará revisando las tareas asignadas para casa, recordando la importancia que tienen. Se empezará revisando las escalas OASIS y ODSIS, seguido de los objetivos y el equilibrio decisional.

A continuación, se pasará a realizar la psicoeducación de las emociones y de la RE, para ello, el terapeuta comenzará con un brainstorming sobre qué saben acerca de las emociones y de la RE, cuántas emociones conocen, que estrategias utilizan para regularse, etc.

Y se les entregará una hoja con la “*Metáfora del mensajero*” (ver Anexo 12), como trabajo complementario a la lluvia de ideas planteada previamente.

A posteriori, se realizará una proyección de PowerPoint (ver Anexo 13) donde se explicará qué son las emociones y la RE, los tipos de emociones, el nombre de cada una de ellas para que sean capaces de identificarlas, así como también, de identificar el mensaje que les manda, ya que tienen el fin de comunicar.

Se hará hincapié en la importancia de descomponer las emociones físicas, de los pensamientos y de las conductas. También se les explicará las formas adaptativas y desadaptativas de RE. Para ello, se les entregará una hoja de “*Registro emocional*” (ver Anexo 14) que les será de utilidad para identificar los componentes de las emociones, y otra hoja titulada “*Te ayudo a identificar las emociones*” (ver Anexo 15), para que adquieran una mayor conciencia de las emociones que están experimentando durante el proceso de la enfermedad, en qué fases están más presentes, qué estrategias han adquirido para hacerles frentes y si estas son adaptativas o desadaptativas. Para finalizar, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: si no han podido completar en sesión las hojas de “*Registro emocional*” y la de “*Te ayudo a identificar las emociones*” lo harán en casa, al igual que los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: metáfora del mensajero, PowerPoint, hojas de registro emocional y te ayudo a identificar las emociones, hoja de relajación, hojas de los cuestionarios y bolígrafos.

Sesión 3. Comprendiendo las emociones (II).

Objetivos: Aprender a identificar los desencadenantes de las experiencias emocionales y sus respuestas a esas emociones e identificar como influyen en sus conductas presentes y futuras mediante la realización de tareas en la sesión.

Descripción: La sesión comenzará revisando las tareas asignadas para casa, recordando la importancia que tienen. Se empezará revisando las escalas OASIS y ODSIS, seguido del registro emocional y de la identificación de las emociones. Se resolverá las dudas que tengan sobre la sesión anterior.

A continuación, se realizará un resumen sobre lo trabajado en la sesión anterior, ya que esta sesión es una continuación de la pasada, por lo que es de vital importancia retomarla desde ese punto. Se cree conveniente dedicar dos sesiones para trabajar las emociones, ya que es un tema complejo que puede requerir tiempo para que se asienten los conocimientos en los participantes.

Esta sesión está pensada para realizar actividades y puedan poner en práctica.

La primera actividad se titula “*El arte emocional*” (ver Anexo 16). En esta actividad se les hará entrega a los participantes de un folio que deberán dividir en cuatro partes. En el primer cuadrante dibujarán o escribirán una situación que les evoque un recuerdo positivo (por ejemplo un viaje en familia o con amigos, el nacimiento de algún hijo, unas navidades...); en el segundo cuadrante dibujarán o escribirán una situación que les genere recuerdos negativos (acontecimiento familiares triste, con amigos, accidentes, enfermedades...); en el tercero plasmarán o narrarán una situación de la que se sientan orgullosos (de los logros alcanzados hasta el día de hoy, de sus fortalezas, de sus estudios, de su solidaridad...) y finalmente, en el cuarto, dibujarán o escribirán como se proyectan hacia el futuro.

Se les dará un tiempo para que lo dibujen y posteriormente se hará una puesta en común sobre las situaciones o momentos que han querido transmitir. El terapeuta les hará diferentes preguntas: *¿Cómo se ha sentido dibujando? ¿Qué situaciones ha dibujado y por qué?, ¿Qué emociones está sintiendo? ¿Qué sensaciones ha experimentado su cuerpo?, ¿Qué pensamientos?*

El objetivo de esta actividad es que aprendan a identificar las emociones experimentadas a través de situaciones personales que plasmarán en el dibujo y se les validará por su valentía de expresar cómo vivieron esas situaciones y su capacidad para hacer frente a las adversidades.

La segunda actividad se titula “*Collage de sentimientos*”. En ella se les hará entrega a, os participantes de revistas, periódicos, cartulinas, colores, tijeras, etc. Se les pedirá que, mediante noticias, imágenes extraídas de, revistas, de internet, ... sean capaces de expresar las emociones o sentimientos internos que experimentan en su día a día con la enfermedad de sus hijos.

Una vez realizado, el terapeuta les pedirá que observen aquello que refleja, que reflexionen sobre lo que ven y lo que les transmite, y si realmente se identifican con ello.

El objetivo de esta actividad es identificar las emociones a través de imágenes ya que para algunos participantes puede ser más fácil que a través de palabras.

Para finalizar, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: si no han podido completar en sesión la actividad “*Collage de sentimientos*” lo harán en casa, al igual que los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: folios, revistas, periódicos, colores, rotuladores, cartulinas, tijeras, bolígrafos, hoja del arte emocional, hoja de relajación y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 4. Mi conciencia emocional.

Objetivos: Aprender en qué consiste la conciencia emocional plena (mindfulness), para observar sus experiencias emocionales sin juzgarlas, y adquirir habilidades para observar sus emociones en las situaciones de la vida diaria en las que aparezcan.

Descripción: La sesión comenzará revisando las tareas asignadas para casa (Collage de emociones). Se revisarán también las escalas OASIS y ODSIS y se resolverán las dudas que tengan sobre la sesión anterior.

La sesión continuará con una explicación sobre qué es la conciencia emocional plena sin juzgar, y centrada en el presente a través del visionado de un PowerPoint (ver

Anexo 17. PowerPoint conciencia emocional). Después, se realizarán diversos ejercicios de práctica a fin de que aprendan la habilidad de conciencia emocional plena, y así puedan aplicarla en su vida diaria.

La primera actividad, consiste en una “*Meditación guiada*” (ver Anexo 18). El objetivo de esta actividad es que experimenten qué se siente al prestar atención de manera consciente a sus emociones, centrándose en el momento presente, sin pensar en el pasado o en el futuro y sin juzgar las emociones y los pensamientos.

La segunda actividad “*A través de la música*”, consiste en que cada uno de los participantes deberán elegir una canción que para ellos tenga un significado (bien sea la canción preferida de sus hijos o suya, que esté relacionada con momentos agradables en su vida o con el proceso de la enfermedad, entre otros).

En la sesión se escucharán las canciones (a través del ordenador y su conexión a internet) propuestas en el grupo con el objetivo de aprender a identificar las emociones, adquirir una mayor conciencia emocional, y a tolerar y sostener las emociones y los pensamientos que les genera en el momento presente. Para ello, se entregarán dos hojas, una de ellas titulada “*Mi canción emocional*” (ver Anexo 19) donde pondrán la canción elegida, y cuando suene tendrán que identificar qué emociones les despierta, que pensamientos le genera ahora mismo, con qué situación está relacionada y que cuenten el significado que tiene para ellos. Y una segunda hoja titulada “*Dossier músico-emocional*” (ver Anexo 20) donde tendrán que ir escribiendo las canciones del resto del grupo e ir anotando si se han sentido identificados con la canción, qué sensaciones físicas han experimentados, qué pensamientos le ha generado y con qué situación podría estar relacionada la canción.

Posteriormente, se hará una puesta en común sobre todo lo experimentado en la actividad, para fomentar el apoyo emocional y social y una mayor conciencia emocional.

Para finalizar, se les recordará la importancia de poner en práctica la meditación guiada ya que esta habilidad requiere de mucha práctica para ir adquiriendo un mayor dominio y que les sea de utilidad.

Tareas para casa: practicar la “*Meditación guiada*” y “*A través de la música*”, que rellenen los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: powerpoint, meditación guiada, hoja de mi canción emocional, hoja del dossier músico-emocional, bolígrafos, y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 5. Conociendo mis pensamientos (I).

Objetivos: Aprender la relación que existe entre pensamiento y emoción, identificar patrones de pensamientos irracionales y modificarlos por otros más racionales, e incrementar la flexibilidad y defusión cognitiva en los participantes.

Descripción: La sesión comenzará revisando si los participantes han sido capaces de poner en práctica la meditación guiada y la actividad de a través de la música e inducir los estados emocionales al momento presente. Se observará si han tenido alguna dificultad durante su realización y se les validará por el hecho de intentarlo. A su vez, se revisará las escalas OASIS y ODSIS.

Después, se pasará a explicar otro aspecto importante a trabajar junto con las emociones, que son: los *pensamientos*. Es decir, se les explicará cómo sus pensamientos influyen en cómo se sienten. Para ello, se les entregará una hoja con la “*Metáfora del autobús*” (ver Anexo 21) para ver con qué sensaciones, emociones y pensamientos pueden estar relacionados en su día a día como ocurre en la metáfora y hacer una puesta en común.

Se les explicará la importancia de los *pensamientos*, los *pensamientos irracionales y racionales*, los *errores de pensamientos* y la *flexibilidad cognitiva* (ver Anexo 22). Para trabajar todos estos conceptos se hará a través de la flexibilidad cognitiva, para ello se les pedirá que rellenen el registro de “*Flexibilizando interpretaciones*” (ver Anexo 23), con el objetivo de identificar la situación en la que se desencadena las interpretaciones, los pensamientos automáticos, si es un error de pensamiento o no, y alternativas de otras posibles interpretaciones de la situación que provoca dichas emociones tan intensas.

Una vez entendido el registro anterior, se pasará a explicar el registro de la “*Flecha descendente*” (ver Anexo 24). Para dotarles a los participantes de un mayor número de estrategias para identificar las interpretaciones de los pensamientos y que les sea más fácil generar alternativas, ya que en ocasiones el pensamiento automático está desencadenado por situaciones muy específicas. Así, van relacionados con pensamientos negativos *hacia ti mismo* (por ejemplo, “tengo la culpa de la enfermedad de mi hijo”, “soy un fracasado”, “tendría que haberme tocado a mí”), *hacia el mundo* (por ejemplo, el mundo es “cruel”, “injusto”, “por qué a mi niño”) o *hacia el futuro* (por ejemplo, “qué será de mi hijo”, “sé pondrá bien”, “morirá”). A menudo este tipo de pensamientos se adentran en la persona, en su superficie más dolorosa y que no se pueden ver fácilmente. De ahí, que activen los pensamientos automáticos emociones muy intensas.

Para finalizar, se recordará la importancia de poner en práctica estos registros para que les ayuden a identificar los pensamientos negativos relacionados con la situación que están o han vivido con sus hijos. Posteriormente, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: seguir practicando la meditación guiada, que rellenen los registros de “*Flexibilizando interpretaciones*” y el de la “*Flecha descendente*”, al igual que los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: metáfora del autobús, hoja de explicación de qué es el pensamiento, pensamientos irracionales y racionales, los errores de pensamientos y la flexibilidad cognitiva, registros de flexibilizando interpretaciones y el de la flecha descendente, hoja de relajación, bolígrafos, y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 6. Conociendo mis pensamientos (II).

Objetivos: Aprender la relación que existe entre pensamiento y emoción, identificar patrones de pensamientos irracionales y modificarlos por otros más racionales, e incrementar la flexibilidad y defusión cognitiva en los participantes.

Descripción: La sesión comenzará revisando las tareas asignadas para casa, recordando la importancia que tienen. Se empezará revisando las escalas OASIS y ODSIS, seguido de los registros registro (flexibilizando interpretaciones y la flecha descendente). Y, se resolverá las dudas que tengan sobre la sesión anterior.

A continuación, se realizará un resumen sobre lo trabajado en la sesión anterior, ya que esta sesión es una continuación de la pasada, por lo que es de vital importancia retomarla desde ese punto. Se cree conveniente dedicar dos sesiones para trabajar los pensamientos, ya que es un tema complejo que puede requerir tiempo para que se asienten los conocimientos en los participantes.

Esta sesión está pensada para realizar actividades y puedan poner en práctica lo explicado en la misma.

La primera actividad es la denominada “*Escena ambigua*” (ver Anexo 25). Se les presentará a los participantes una serie de fotografías que simulan cada fase del proceso oncológico, durante 10 segundos y se les pedirá qué piensen cual ha sido la primera interpretación que les ha venido a la mente, así como también, la descripción de algún detalle que les haya llamado la atención (por ejemplo, objetos, expresiones faciales o emocionales), que a su vez les ha llevado a la interpretación inicial. Además, se les preguntará: *¿Os ha recordado alguna experiencia personal? ¿Cuál? ¿Qué pensamientos teníais en esos momentos? ¿Y ahora? ¿Son diferentes?* Para finalizar la interpretación de cada imagen, se les pedirá que sean capaces de generar otras interpretaciones alternativas a lo que podría estar ocurriendo en la imagen.

El objetivo es que sean capaces de identificar a través de unas imágenes, cómo funcionan sus pensamientos automáticos o interpretaciones, y generar alternativas a las mismas.

La segunda actividad lleva por título “*Experiencias*”. Se pedirá a los participantes que describan varias interpretaciones de pensamientos en las diferentes fases del cáncer de sus hijos, y que generen alternativas a esas interpretaciones (ver Anexo 26).

El objetivo de esta actividad es que tomen conciencia de cómo las primeras interpretaciones, y los pensamientos, están relacionados en cómo se sienten. Es decir, los pensamientos afectan a las emociones, y viceversa.

La tercera actividad se llama “*Estoy teniendo un pensamiento*”. Se le proporcionarán instrucciones para que los participantes piensen en una frase negativa sobre sí mismo, el mundo o el futuro (por ejemplo, “esta enfermedad me tendría que estar pasando a mí”), y que se lo crea cuanto pueda, que se fusione con ese pensamiento. A continuación, se le pedirá que repita ese pensamiento, pero con la frase delante: “*estoy teniendo un pensamiento de que... esta enfermedad me tendría que pasar a mí*”, y repetirla varias veces, alejándose aún más de ese pensamiento, con una frase como “*estoy notando que estoy teniendo un pensamiento de que...*”. Se repetirán las frases de forma progresiva y con varios pensamientos autoaplicados. De esta forma, la persona se va distanciando del pensamiento como lenguaje interno, y solo se quedarán palabras. Por tanto, no reaccionarán tan emocionalmente con esas palabras que antes eran aversivas para ellos.

El objetivo de esta actividad es trabajar la defusión cognitiva de los pensamientos, que ayudará a comprender la base de los pensamientos de los participantes y entender que los pensamientos son solo pensamientos y no una realidad inalterable.

Para finalizar, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: poner en práctica las actividades realizadas en la sesión “*Escena ambigua*”, “*Experiencias*” y “*Estoy teniendo un pensamiento*”), seguir practicando la meditación guiada y lo registros de “*Flexibilizando interpretaciones*” y el de la “*Flecha descendente*”. Y que rellenen los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: hojas de las actividades escenas ambiguas y experiencias, hoja de relajación, bolígrafos, y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 7. Evitando las emociones.

Objetivos: Comprender cómo las conductas influyen en las emociones, aprender sobre las conductas que están asociadas a las emociones intensas, identificar las conductas y generar acciones alternativas a esas conductas emocionales, y diferenciar entre conductas adaptativas y desadaptativas.

Descripción: La sesión comenzará revisando si han practicado las tareas asignadas para casa (escenas ambiguas, experiencias y estoy teniendo un pensamiento). Se revisarán también las escalas OASIS y ODSIS y se resolverán las dudas que tengan sobre la sesión anterior.

A posteriori, se realizará una psicoeducación sobre qué son las conductas emocionales y los tipos de evitación conductual y cómo esta, puede afectar intensificando las emociones que experimenta el sujeto (ver Anexo 27). Una vez que los participantes han comprendido los conceptos importantes de esta sesión, se realizarán actividades para ponerlos en práctica.

La primera actividad es titulada “*Mi lista de conducta emocional*” (ver Anexo 28). Consiste en que los participantes creen su propia lista de las conductas emocionales que realizan cuando experimentan emociones intensas. Una vez que han escrito qué conductas realizan, pasarán a escribir las consecuencias que estas tienen a corto y a largo plazo, y tendrán que generar otras conductas más alternativas. Una vez que lo finalicen, harán una puesta en común con todos los participantes del grupo.

El objetivo, es que tomen conciencia de las conductas que realizan cuando experimentan sus emociones y pueden poner en práctica estrategias más adaptativas y que puedan mantener a largo plazo sin generarles malestar.

La segunda actividad es, “*Identificado efectos*” (ver Anexo 29). El objetivo es que el participante identifique a través de situaciones personales, los efectos a corto y largo plazo.

Para finalizar, se les explicará cómo tiene que rellenar los registros de “*Mi conducta emocional*” (ver Anexo 30) y “*Mis conductas alternativas*” (ver Anexo 31) y se destaca la

importancia de que lo hagan, para continuar identificando las conductas que realizan ante determinadas emociones. Después se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: rellenar los registros “*Mi conducta emocional*” y “*Mis conductas alternativas*”, al igual que los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal. Y seguir practicando la meditación guiada.

Duración: 120 min

Material necesario: hoja de psicoeducación, hoja de mi lista de conducta emocional e identificando efectos y las hojas de los registros mi conducta emocional y mis conductas alternativas, hoja de relajación, bolígrafos, y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 8. Afrontando las sensaciones físicas y tolerando.

Objetivos: Comprender el papel de las sensaciones físicas ante determinadas respuestas emocionales, ayudar a los participantes a identificar las sensaciones físicas asociadas a sus emociones intensas, y practicar actividades para ayudar a los participantes a que tomen más consciencias de las sensaciones físicas y aumentar la tolerancia a los síntomas.

Descripción: La sesión comenzará revisando si han rellenado los registros para casa. Se resolverán las dudas en relación a ellos y conceptos de la sesión anterior. Y se revisarán las escalas OASIS y ODSIS.

Después se pasará a explicar la importancia de comprender qué función y papel tienen las sensaciones físicas en relación a las emociones, conductas y pensamientos (que se han tratado en las sesiones anteriores) (ver Anexo 32). Una vez que se ha realizado la psicoeducación, se explicará la “*Ventana de tolerancia*” de Siegel (1999) (ver Anexo 33) y posteriormente, se pondrán en práctica una serie de actividades.

La primera actividad consiste en realizar un ejercicio de “*Visualización*” (ver Anexo 34). Es un tipo de meditación guiada que les permitirá conectar con el momento presente en el que se encuentran, entrando en contacto con sus emociones, sin evitarlas y tolerándolas. Una vez realizada la relajación el terapeuta les dará un folio titulado “*Mis sensaciones visuales*” (ver Anexo 35) con preguntas que tendrán que contestar y posteriormente, se realizará una puesta en común con los participantes del grupo.

El objetivo de esta actividad es que los participantes sean capaces de introducirse en su estado emocional, observar cómo se encuentran en ese momento, qué nombre le pueden poner y conectar con la tolerancia emocional. Al igual que ser capaces de externalizar esa sensación física y aprender a conectar con el proceso por el que están pasando.

La segunda actividad es la titulada *“Desata tus miedos”*. Para ello, se les hará entrega a los participantes de unos pañuelos de distintos colores que tendrán que ir cogiendo y enlazándolos unos con otros, mientras que van expresando sus miedos, inseguridades y el sufrimiento relacionado con cada fase del proceso oncológico por el que están pasando (diagnóstico, tratamiento, fin de tratamiento, supervivencia y duelo); para después ir desenlazándolos mientras que expresan las emociones que han sentido y han sido capaces de sostener, las estrategias que han realizado para llegar hasta aquí y las cualidades positivas que poseen cada uno de los participantes. El requisito de esta actividad es que cuando transmitan las emociones sostenidas, estrategias y cualidades, deberán de comenzar las frases de la siguiente forma: *“Mi emoción más sostenida ha sido...”*, *“Mi estrategia que me ha dado la fuerza para llegar hasta aquí ha consistido en ...”*, *“Lo que más me gusta de mi... (cualidad positiva)”*.

El objetivo de esta actividad es tomar más conciencia de todas las emociones y sensaciones físicas que han ido experimentado durante el proceso oncológico, que conecten con ellas cuando las expresen en sesión y destaquen sus fortalezas, ya que les permitirá afrontar y tolerar su malestar y continuar con su orientación a la vida.

Para finalizar, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: poner en práctica la ventana de tolerancia con las actividades desarrolladas en la sesión *“Visualización”*, *“Mis sensaciones visuales”* y *“Desata tus nudos”*, continuar practicando la meditación guiada y rellenar los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: hoja de psicoeducación, hoja de ventana de tolerancia, hoja de visualización y mis sensaciones visuales, cintas de colores, hoja de relajación, bolígrafos, y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 9. ¿Nos exponemos a las emociones?

Objetivos: Ayudar a los participantes a entender en qué consiste la exposición emocional, elaborar una jerarquía eficaz para exponerse a sus emociones, y practicar el afrontamiento a las emociones intensas a través de ejercicios de exposición emocional.

Descripción: La sesión comenzará revisando las tareas asignadas para casa (visualización, mis sensaciones visuales y desata tus nudos), recordando la importancia de que las realicen. Resolverán las dudas que tengan sobre conceptos o actividades de la sesión anterior. Y se revisarán las escalas OASIS y ODSIS.

La sesión continuará explicando uno de los últimos módulos a trabajar del programa de intervención, que se centra en la exposición emocional. Para ello, se les explicará qué es la exposición emocional (ver Anexo 36) y posteriormente, las actividades que van a realizar para alcanzarla y ponerla en práctica en su día a día.

A continuación, cada participante del grupo pasará a realizar su propia jerarquía de exposición emocional. Para ello, se les entregará una hoja titulada “*Mi jerarquía emocional*” (ver Anexo 37) que tendrán que rellenar y les será de utilidad para plasmar su/s situaciones y cómo poder hacerles frente. Posteriormente, se hará una puesta en común de cada una de las jerarquías de los participantes, para que aprendan entre todos, las múltiples estrategias de afrontamiento e ideas que una misma situación puede tener, a través, de la mirada de otra persona.

El objetivo es que aprendan a evaluar sus pensamientos negativos en relación a sus emociones, las formas que pueden hacerles frente, y poder ponerlo en práctica diariamente. Si las evitan, tendrán un efecto a largo plazo negativo, como el aumento de su malestar emocional.

Una vez que han realizado su jerarquía emocional, se pasará a poner en práctica la exposición emocional. Para ello, antes, tendrán que elegir de la jerarquía la situación por la que quieren empezar. Para ello, se les ayudará a través de un registro titulado “*¿Lo practicamos?*” (ver Anexo 38).

El objetivo es que les sea de ayuda para elaborar su jerarquía y que ésta permita observar las respuestas emocionales cuando se expongan a dicha situación.

Cuando se expongan a la situación que han registrado de forma más descriptiva, tendrán que rellenar un formulario de las experiencias que han ido surgiendo durante y tras

la exposición (ver Anexo 39). La finalidad es que tomen una mayor conciencia de lo puesto en práctica, ya que en ocasiones las personas cuando están realizando una actividad, no se detienen a observar lo que han sentido o experimentado tras la realización de dicha tarea, es decir, que pongan en práctica estar en el momento presente.

Para finalizar, se llevará a cabo una relajación guiada (ver Anexo 11).

Tareas para casa: practicar la exposición ante las situaciones que les genere malestar y completar el formulario de experiencias. Al igual que continuar practicando la meditación guiada y rellenar los cuestionarios OASIS y ODSIS (ver Anexo 5 y Anexo 6) para evaluar el progreso semanal.

Duración: 120 min

Material necesario: hoja de exposición emocional (psicoeducación), hoja de mi jerarquía emocional y ¿Lo practicamos?, hoja del formulario de experiencias, hoja de relajación, bolígrafos, y las hojas de los cuestionarios.

Sesión 10. Reconocimiento de logros, mirada al futuro y prevención de recaídas.

Objetivos: Revisar los conceptos y habilidades para afrontar las emociones entrenadas durante la intervención, evaluar los progresos del tratamiento y áreas de mejora, y establecer objetivos a corto y largo plazo para el manteniendo de los logros del tratamiento.

Descripción: La sesión comenzará revisando las tareas asignadas para casa, recordando la importancia que tienen. Se resolverá las dudas que tengan sobre conceptos, actividades y registros de la sesión anterior. Y se revisarán las escalas OASIS y ODSIS, cómo ha sido su progreso de forma general durante todo el programa.

En esta última sesión, se les pedirá a los participantes del programa que se sienten todos en círculo para realizar la última actividad. A continuación, el terapeuta les entregará una hoja en blanco donde tendrán que realizar un “*dibujo o una descripción narrativa*” (ver Anexo 40) donde simbolicen los recursos, estrategias de afrontamiento, actividades etc., que se llevan, después de haber participado en el programa, y representen o expresen todas las emociones, sensaciones físicas y conductas que han ido logrando o poniendo en práctica. Una vez realizado el dibujo, tendrán que hacer una puesta en común junto con el resto de participantes, y deberán de ponerle un título o vincularlo con las emociones experimentadas, sensaciones físicas o conductas alternativas sentidas durante el programa.

El terapeuta les hará un regalo de una “*cajita*” para que guarden dentro de ella el dibujo que han realizado y se lo lleven como un amuleto simbólico, para que recuerden lo que han crecido y aprendido tras la experiencia vivida.

El programa terminará realizando un balance del “*Registro para clarificar objetivos*” (ver Anexo 9) y del “*Equilibrio decisional*” (ver Anexo 10) para observar si se han cumplido sus objetivos propuesto al inicio del programa y si han adquirido nuevas formas de afrontar las emociones intensas e incómodas. A su vez, se les hará entrega de dos registros: uno para evaluar su progreso personal por las diferentes sesiones en las que se le ha entrenado al participante “*Mi progreso emocional*” (ver Anexo 41) y otro para elaborar un plan de práctica y prevención de recaídas, para el mantenimiento de los logros adquiridos, “*Mantenimiento de logros*” (ver Anexo 42).

Finalmente, se aplicarán las pruebas de evaluación, que realizaron los participantes antes de comenzar el programa para llevar a cabo la evaluación post-tratamiento.

Duración: 120 min

Material necesario: hoja de dibujo o descripción, caja regalo, hojas de registro para clarificar objetivos y equilibrio decisional, hoja de registros mi progreso emocional y mantenimiento de logros. Y los test de la evaluación inicial.

3.6 Delimitación de recursos

Los recursos que se requerirán para realizar el programa serán personales y materiales.

En cuanto a los recursos personales, se necesitará de un psicólogo clínico si se realiza en el contexto hospitalario y de un psicólogo general sanitario o psicooncólogo con formación específica, si se realiza en clínicas psicológicas o asociaciones de pacientes y familiares de enfermos de cáncer.

En relación a los recursos materiales, teniendo en cuenta que pueden llegar a ser un total de 10-12 participantes, se necesitan lo que se indica en la tabla:

Añadir que se asume que se dispondrá en la sala donde se realice el programa de ordenador, impresora, altavoces, proyector, sillas (alrededor de unas 12-14 por cada sesión).

Tabla 3.2 – Materiales para el programa

Materiales que comprar	Unidades	Precio total
Copias de actividades	348 copias	$348 \times 0,05$: 17,40
Folios	1 paquete	3,99
Post- its	1 paquete	3,55
Bolígrafos	12	$0,32 \times 12$: 3,84
Colores	2 paquetes	$3,85 \times 2$: 7,70
Rotuladores	2 paquetes	$4,49 \times 2$: 8,98
Cartulinas	1 paquete	5,42
Tijeras	12	$0,89 \times 12$: 10,68
Cintas de colores	1 paquete	11,84
Caja regalo	12	$2,10 \times 12$: 25,20
Psicólogo sanitario/Psicooncólogo	10 sesiones/ 2 horas	20×50 : 1000
<i>Coste total del material:</i> 1098,60 €		

Fuente. Elaboración propia

En cuanto al coste final del psicólogo, puede variar en función de donde se realice el programa. Así, el cálculo se ha realizado teniendo en cuenta que el programa se llevaría a cabo en una clínica o asociación. Si el programa se aplicara en el contexto hospitalario, los costes del personal, no se incluirían (dado que entrarían dentro de las funciones del trabajo del psicólogo clínico).

CONCLUSIONES

El cáncer infantil es una de las principales causas de mortalidad en niños y adolescentes (Díaz et al., 2019). Su incidencia en España, distribuida por edad de los pacientes es la siguiente: un 11,4% de 0-1 año; 35,7% de 1-4 años; 28,5% de 5-9 años y 24,1% de 10-14 años. Se presenta en mayor medida en el sexo masculino, con un 60% de casos registrados en niños, es decir, un total de 555, y un 40% en niñas, con 376, según el último informe de la Asociación española contra el cáncer (AECC, 2020).

La supervivencia del cáncer infantil a los 5 años es del 75%, observándose así un aumento del 43% en la supervivencia de pacientes diagnosticados desde 1980 hasta 2006, y una disminución de riesgo de muerte, posterior a los 5 años del diagnóstico, del 50% (AECC, 2020). Aunque varía sustancialmente, dependiendo del tipo de cáncer y la edad del diagnóstico, el índice ha mejorado desde la década de los 70 (Siegel et al., 2018, 2019). El Instituto Nacional del Cáncer (NIH), en 2021, informó que el 85% de los niños diagnosticados de cáncer vivirán al menos 5 años después del diagnóstico, gracias a los avances en los sistemas del diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil.

Ahora bien, el diagnóstico, el tratamiento y las posibles recaídas en el cáncer infantil, suponen fuertes implicaciones emocionales tanto en los niños como en sus familias, ya que todos deben de enfrentarse a las numerosas hospitalizaciones y a los efectos secundarios de los tratamientos, que pueden ser muy invasivos (Jibb et al., 2018).

Por ello, es necesario conocer el impacto emocional que produce el diagnóstico, el tratamiento y las posibles recaídas, puesto que no sólo va a afectar a los propios pacientes, sino también, a su entorno familiar (Carlsson et al., 2019).

Las primeras reacciones emocionales en los padres, tras recibir el diagnóstico, se presentan como respuestas de shock, desesperación, miedo e impotencia (Clarke, 2006; Jithoo, 2010) junto con sentimientos de tristeza, ira, irritabilidad, desesperanza, dificultades de concentración, insomnio, así como también, sufrimiento, inseguridad y miedo a la muerte (Bilani et al., 2019). A lo largo del periodo del tratamiento, la sensación de confusión, inseguridad, miedo y angustia que se experimenta en los primeros días del diagnóstico, sigue estando presente (van Warmerdam et al., 2019), también, dificultades para dormir, sentimientos de soledad, malestar, quejas somáticas, pérdida de autoestima y sensación de pérdida del control de la vida personal (Dunn et al., 2012).

Diferentes estudios informan de una mayor predisposición en los padres a desarrollar trastornos emocionales, encontrándose, además, una alta comorbilidad entre ansiedad y depresión (van Warmerdam et al., 2019). Por otra parte, cuando finaliza el tratamiento de sus hijos, los padres muestran un mayor nivel de miedo, temores e incertidumbre sobre las recaídas, sentimientos de soledad y aislamiento, y pueden aparecer los primeros síntomas de estrés postraumático (Bohman et al., 2010, Kazak et al., 2005).

Actualmente, la depresión presenta una relación estrecha con la RE, considerándose no solo un trastorno del estado de ánimo, sino también un trastorno de la RE. Las personas con depresión presentan un déficit en la RE, debido a que sus estados de ánimo son duraderos y prolongados en el tiempo (Peeters et al., 2003) y a su vez, la realización de actividades positivas es muy limitada (Hervás 2011). No obstante, los problemas de RE no solo aparecen en personas con sintomatología depresiva, sino también en sujetos que presentan otras vulnerabilidades (estado de ánimo negativo, situaciones estresantes que requieran de una nueva adaptación o historias previas de depresión) (Hervás & Moral, 2017).

Por otro lado, también, se encuentran diferentes investigaciones sobre los trastornos de ansiedad y su relación con la RE. Gross y Levenson, (1997), observaron que la supresión emocional ante ciertas situaciones incrementa la actividad fisiológica, por lo que esto supondría la base de las reacciones elevadas de ansiedad en algunos pacientes (citado en Hervás 2011; Barrera et al., 2012).

Por ello, los programas de intervención basados en el transdiagnóstico, plantean para los trastornos emocionales (depresión, ansiedad, síntomas somáticos y adaptativos), la necesidad de incluir un módulo basado en el entrenamiento en RE para dichos trastornos (Barlow et al., 2019). Así, las estrategias a las que las personas acceden para modificar las experiencias emocionales que estén experimentando en una determinada situación, pueden ir dirigidas a mantener, aumentar o suprimir un determinado estado emocional.

Existen evidencias de que el tratamiento en RE en los padres a través del transdiagnóstico es y ha sido eficaz en diferentes sintomatologías. Por ejemplo, en madres de niños con TEA se observó una reducción de la preocupación y la rumiación (Mohseni-Ezhiyeh et al., 2016) y en los padres con niños con asma, se observó que las prácticas en RE podrían constituir un factor protector que modula el impacto emocional que genera este diagnóstico (Torres, 2019). El estudio de Lotfi et al., (2013) encontró que el tratamiento

transdiagnóstico mejoraba las estrategias de RE en los pacientes con trastornos emocionales tanto en la infancia como en la adultez.

Finalmente, el estudio PsicAp de Cano-Vindel et al., (2021) observaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en el tratamiento de los trastornos emocionales, en atención primaria. El objetivo fue comparar la eficacia de añadir la terapia transdiagnóstica cognitivo-conductual, al tratamiento que reciben los pacientes a través del médico de familia (farmacológico), en pacientes adultos con trastornos emocionales en Atención Primaria. Los autores, concluyeron que la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica grupal junto con el tratamiento habitual, es altamente significativa en el abordaje de estos trastornos emocionales reduciendo así, los síntomas de ansiedad, depresión, y síntomas somáticos, frente al tratamiento habitual (farmacológico). A su vez, se observó, un aumento en la calidad de vida de los pacientes y una mayor satisfacción con el tratamiento recibido. Por lo tanto, la combinación del tratamiento mejora la sintomatología y ayuda a los pacientes a recuperarse, a la vez que se minimiza el riesgo de deterioro. Además, evidenciaron los beneficios de trabajar en el contexto de Atención Primaria.

Por todo ello, se ha considerado conveniente la realización de este programa de intervención basado en el transdiagnóstico, dirigido a padres con niños enfermos de cáncer. Con el objetivo de intervenir en dichos aspectos emocionales, ya que es importante tener en cuenta que cómo los padres se regulen y gestionen sus emociones tras el impacto de la enfermedad, puede afectar a la gestión de las emociones en sus hijos (Bilani et al., 2019).

Además, se ha observado que son muy pocos los programas que abordan la RE en los padres de los niños con cáncer, puesto que programas como la Intervención psicoeducativa de Fawzy y Fawzy (Fawzy & Fawzy (1994), la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer (Moorey y Greer, 1989) y la Terapia de Spiegel (Spiegel, 1995), van dirigidos a los pacientes oncológicos, pero no se incluye en los mismos el trabajo con la familia.

Por ello, es necesario el desarrollo de intervenciones, que se dirijan a mejorar los estados emocionales y el ajuste de la enfermedad, tanto en los pacientes como en los padres, puesto que estos últimos, ejercen la función de cuidadores principales, y, hay que tener presente en todo momento, la importancia de la interacción y transmisión de emociones que se dan entre padres e hijos (Schepers et al., 2020).

Por lo tanto, la intervención va dirigida a crear una mayor conciencia emocional en los padres, para que sean capaces de identificar sus propias emociones y las de sus hijos, adquirir las habilidades de comprensión y expresión de sus emociones, reducir las estrategias desadaptativas de afrontamiento de RE por otras más adaptativas, además de, ofrecer también, apoyo emocional, comprensión y aceptación junto con otras familias que están viviendo el mismo proceso, y fomentar el apoyo social entre los padres.

Como novedad, respecto al protocolo transdiagnóstico de Barlow que cuenta con 8 sesiones (Barlow et al., 2019), el presente programa consta de 10 sesiones, incluyendo en todas ellas aspectos de la RE. La presente adaptación, pretende así, dedicar más sesiones al entrenamiento de algunas habilidades (por ejemplo, las emociones y los pensamientos) ya que, estos módulos se consideran, que pueden beneficiarse de un mayor entrenamiento en esta población, con el objetivo de que los participantes del programa adquieran las habilidades de forma correcta y puedan ponerlas en práctica en su vida cotidiana.

Otra de las aportaciones, es que es un programa versátil desde el punto de vista del ámbito de aplicación. Así, se puede realizar en un contexto hospitalario, pues tras la experiencia del periodo de prácticas en el mismo, la autora del presente trabajo considera que sería del todo viable. Pero, por otra parte, también puede aplicarse en cualquier clínica de atención psicológica o también en asociaciones de pacientes y familiares de enfermos de cáncer.

En definitiva, los aspectos que presenta el programa que hacen que sea novedoso.

La intervención está dirigida a los progenitores de los niños con cáncer. El programa está diseñado apoyándose en el entrenamiento en RE, aspecto que ha demostrado ser eficaz en personas con trastornos emocionales, realizándose una adaptación del protocolo de Barlow et al. (2019), añadiendo nuevas sesiones al mismo. El mismo pretende ofrecer una adecuada intervención mediante los siguientes objetivos: entrenar la conciencia emocional, la comprensión y expresión de las mismas y el aprendizaje de estrategias adaptativas basadas en la RE.

LIMITACIONES

Mencionar la presencia de algunas limitaciones encontradas en este programa de intervención.

Por un lado, destacar que es un programa que no se ha tenido la oportunidad de ser aplicado, y, por lo tanto, no se dispone de datos acerca de su efectividad y eficacia.

Se considera viable su realización, por lo que su futura puesta en práctica, permitiría comprobar la eficacia del mismo.

Además, si se dispusiera tanto de un grupo experimental como de un grupo control, se podría analizar su eficacia, contando así con las evidencias respecto a la importancia de adquirir habilidades de regulación emocional adaptativas en este tipo de población que pueda presentar trastornos emocionales. Estudios realizados con otras muestras de población, ya han demostrado la eficacia de estos componentes (Farchione et al., 2012, Mohammadi et al., 2014, Lotfi et al., 2013).

Por otra parte, señalar que existe la posibilidad de que los asistentes al programa puedan abandonar o no puedan asistir a todas las sesiones. También, se debe contemplar la posibilidad de que los pacientes enfermos de cáncer puedan requerir de diferentes ingresos hospitalarios a lo largo del proceso que impidan a los padres que puedan asistir a algunas sesiones del programa. Para subsanar este aspecto, las características del programa permiten que el mismo pueda ser aplicado de forma on-line. En este sentido Sandín et al., (2020) aplicaron el programa trandiagnóstico por internet (iUP-A), obteniendo resultados positivos.

REFERENCIAS

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28(4pt1), 927–946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2019). *Neuroendocrine Tumors: Introduction*. <https://www.cancer.net/cancer-types/neuroendocrine-tumors/introduction>
- Armstrong, G. T., Yasui, Y., Chen, Y., Leisenring, W., Gibson, T.M., Metens, A., Stovall, M., Oeffinger, K. C., Bhatia, S., Krull, K. R., Nathan, P. C., Neglia, J. P., Green, D. M., Hudson, M. M., & Robison, L. (2016). Reduction in Late Mortality among 5-Year Survivors of Childhood Cancer. *Physiology & Behavior*, 374(9), 883-842. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1510795>
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (2020). Observatorio. <https://observatorio.contraelcancer.es/informes>
- Aziza, Y. D. A., Wang, S.-T., & Huang, M.-C. (2019). Unmet supportive care needs and psychological distress among parents of children with cancer in Indonesia. *Psycho-Oncology*, 28(1), 92–98. <https://doi.org/10.1002/pon.4914>
- Bakula, D. M., Sharkey, C. M., Perez, M. N., Espeleta, H. C., Gamwell, K. L., Baudino, M., Delozier, A. M., Chaney, J. M., Matt Alderson, R., & Mullins, L. L. (2019). Featured article: The relationship between parent and child distress in pediatric

- cancer: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(10), 1121–1136.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz051>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2010). The Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. *New York: Oxford University Press*.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., Cassiello-Robbins, C. (2019). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook (2.ª ed.)]. *Madrid: Alianza Editorial*.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., Cassiello-Robbins, C. (2019). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del paciente [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook (2.ª ed.)]. *Madrid: Alianza Editorial*.
- Barrera, M., Atenafu, E., Doyle, J., Berlin-Romalís, D., & Hancock, K. (2012). Differences in mothers' and fathers' health-related quality of life after pediatric SCT: a longitudinal study. *Bone Marrow Transplantation*, 47(6), 855–859.
<https://doi.org/10.1038/bmt.2011.190>
- Barrera, M., Sánchez, B., & Carrillo, G. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 39-47.
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf06113.pdf>
- Bellver, A., & Verdet, H. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12(1) 141-156.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909
- Bentley, K.H., Gallagher, M.W., Carl, J.R., y Barlow, D.H., 2014. Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26, 815–830.
- Bhattacharya, K., Pal, S., Acharyya, R., Dasgupta, G., Guha, P., & Datta, A. (2016). Depression and anxiety in mothers of children with cáncer and how they cope with

- it: A cross-sectional study in Eastern India. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 17(1), 1-8. <https://www.aseanjournalofpsychiatry.org/articles/depression-and-anxiety-in-mothers-of-children-with-cancer-and-how-they-cope-with-it-a-crosssectional-study-in-eastern-in.pdf>
- Bilani, N., Jamali, S., Chahine, A., Zorkot, M., Homsy, M., Saab, M., Saab, R., Nabulsi, M., & Chaaya, M. (2019). Illness cognition and health anxiety in parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(6), 713–728. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1600629>
- Bohman, H., Jonsson, U., Von Knorring, A. L., Von Knorring, L., Päären, A., & Olsson, G. (2010). Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 99(11), 1724–1730. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01906.x>
- Boman, K., Lindahl, A., & Björk, O. (2003). Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 42(2), 137–146. <https://doi.org/10.1080/02841860310004995>
- Burgio, E., Piscitelli, P., & Colao, A. (2018). Environmental carcinogenesis and transgenerational transmission of carcinogenic risk: From genetics to epigenetics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081791>
- Burns, W., Péloquin, K., Rondeau, É., Drouin, S., Bertout, L., Lacoste-Julien, A., Krajcinovic, M., Laverdière, C., Sinnett, D., & Sultan, S. (2018). Cancer-related effects on relationships, long-term psychological status and relationship satisfaction in couples whose child was treated for leukemia: A PETALE study. *PLoS One*, 13(9), e0203435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203435>
- Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., González Doniz, L., & Corrás Vázquez, T. (2018). Afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de fisioterapia. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1–13. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-2.aree>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment: Official Organ of the European Association of*

Psychological Assessment, 29(4), 234–240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13.

Carlsen, L. T., Christensen, S. R., & Olesen, S. P. (2019). Adaption strategies used by siblings to childhood cancer patients. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1438–1444. <https://doi.org/10.1002/pon.5093>

Carlsson, T., Kukkola, L., Ljungman, L., Hovén, E., & von Essen, L. (2019). Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLoS One*, 14(6), e0218860. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218860>

Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L., & López Rangel R. (2017). Encontrar sentido para continuar viviendo el reto al perder un hijo por cáncer infantil: revisión integrativa. *Persona y Bioética*, 21(1): 46-61. <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.1.4>

Chi, X., Becker, B., Yu, Q., Hossain, M. M., Lin, J., Yeung, A., Seiler-Ramadas, R., Grabovac, I., Bu, H., Xie, F., & Zou, L. (2020). Persistence and remission of depressive symptoms and psycho-social correlates in Chinese early adolescents. *BMC psychiatry*, 20(1), 406. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02808-5>

Christofferson, J. L., Okonak, K., Kazak, A. E., Pierce, J., Kelly, C., Schifano, E., Sciolla, J., Deatrick, J. A., & Alderfer, M. A. (2020). Family consequences of potentially traumatic pediatric medical events: Implications for trauma-informed care. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 34(2), 237–246. <https://doi.org/10.1037/fam0000597>

Church, K., Campbell, D., & Halliday, V. (2019). Impact of hospitalisation of children on parental dietary habits: a qualitative study. *Archives of Disease in Childhood*, 104(10), 967–971. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316280>

- Clark, D. A. & Taylor, S. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for old Wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23 (1), 60-66. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.607>
- Clarke J. N. (2006). Mother's home healthcare: emotion work when a child has cancer. *Cancer nursing*, 29(1), 58–65. <https://doi.org/10.1097/00002820-200601000-00010>
- Cruzado, J. A. (2019). La intervención psicoeducativa de Fawzi y Fawzy para pacientes oncológicos. Paula Martínez López, Yolanda Andreu Vailo y María José Galdón Garrido. Madrid, Pirámide, 2019, 99 págs. ISSN: 978-84-368-4062-9. *Psicooncología*, 16(2), 405-406. <https://doi.org/10.5209/psic.65599>
- Da Silva, F. M., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2010). Impact of childhood cancer on parents' relationships: an integrative review: Childhood cancer and parents' relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 250–261. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01360.x>
- Desjardins, L., Barrera, M., Schulte, F., Chung, J., Cataudella, D., Janzen, L., Bartels, U., & Downie, A. (2019). Predicting social withdrawal, anxiety and depression symptoms in pediatric brain tumor survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 22–36. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1535531>
- Díaz, C. E., Campoverde, J. M. R., Silva, J. S. A., Cajiao, F. S. R., Jaya, A. C. A., Pérez, J. C. R., Evelyn, del C. C. S., & Córdova, H. S. C. (2019). Comportamiento epidemiológico del cáncer en niños y adolescentes: una revisión narrativa. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(3), 350-356. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/comportamiento-epidemiológico-del-cáncer-en-niños/docview/2313323069/se-2>
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., y De Los Reyes, A. (2015). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1314-1325. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2014.983046>
- Dodd, A. L., Gilbert, K., & Gruber, J. (2020). Beliefs about the automaticity of positive mood regulation: examination of the BAMR-Positive Emotion Downregulation

- Scale in relation to emotion regulation strategies and mood symptoms. *Cognition & Emotion*, 34(2), 384–392. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1626700>
- Doka, K. J. (2010). Psicoterapia para enfermos en riesgo vital. *Desclée de Brouwer*. <http://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433023834.pdf>
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20(2), 253–261. <https://doi.org/10.1177/1073191110397274>
- Draisey, J., Halldorsson, B., Cooper, P., & Creswell, C. (2020). Associations between family factors, childhood adversity, negative life events and child anxiety disorders: an exploratory study of diagnostic specificity. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 253–267. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000717>
- Dunn, M. J., Rodriguez, E. M., Barnwell, A. S., Grossenbacher, J. C., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B. E. (2012). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 31(2), 176–185. <https://doi.org/10.1037/a0025545>
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574–1584. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.013>
- Engels, D., Hotez, P. J., Ducker, C., Gyapong, M., Bustinduy, A. L., Secor, W. E., Harrison, W., Theobald, S., Thomson, R., Gamba, V., Masong, M. C., Lammie, P., Govender, K., Mbabazi, P. S., & Malecela, M. N. (2020). Integration of prevention and control measures for female genital schistosomiasis, HIV and cervical cancer. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(9), 615–624. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252270>
- Erdmann, F., Frederiksen, L. E., Bonaventure, A., Mader, L., Hasle, H., Robison, L. L., & Winther, J. F. (2021). Childhood cancer: Survival, treatment modalities, late effects

and improvements over time. *Cancer Epidemiology*, 71(Pt B), 101733.
<https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101733>

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 155-166.

Fallucco, E. M., Greco, P., Aldridge, P., & Robertson Blackmore, E. (2020). Caregiver depressive symptoms associated with behavioral and emotional problems in preschoolers. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), 62–70.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01573-8>

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>

Fawzy I.F., & Fawzy N.W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 149-92

Fedele, D. A., Hullmann, S. E., Chaffin, M., Kenner, C., Fisher, M. J., Kirk, K., Eddington, A. R., Phipps, S., McNall-Knapp, R. Y., & Mullins, L. L. (2013). Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 531–540.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst010>

Fernández-Castillo, A., & López-Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.

García Rasero, A. M., & Tamayo Hernández, J. A. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 101–125.
<https://doi.org/10.5209/psic.63651>

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression

in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.

Gardner, M. H., Mrug, S., Schwebel, D. C., Phipps, S., Whelan, K., & Madan-Swain, A. (2017). Demographic, medical, and psychosocial predictors of benefit finding among caregivers of childhood cancer survivors: Predictors of caregivers' benefit finding. *Psycho-Oncology*, 26(1), 125–132. <https://doi.org/10.1002/pon.4014>

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)

Germann, J. N., Leonard, D., Heath, C. L., Stewart, S. M., & Leavey, P. J. (2018). Hope as a predictor of anxiety and depressive symptoms following pediatric cancer diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(2), 152–161. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx097>

Geue, K., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Schulz, H., Weis, J., Koch, U., Wittchen, H.-U., & Mehnert, A. (2018). Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). *Psycho-Oncology*, 27(7), 1802–1809. <https://doi.org/10.1002/pon.4730>

Goldstein-Leever, A., Cohen, L. L., Dampier, C., & Sil, S. (2018). Parent pain catastrophizing predicts child depressive symptoms in youth with sickle cell disease. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(7), e27027. <https://doi.org/10.1002/pbc.27027>

Gómez-Simón, I., Penelo, E., & de la Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401–408. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.324>

González, R., Souto-Gestal, A. & Fernández, R. (2017). Perfiles de regulación emocional y estrés académico en estudiantes de fisioterapia. *European Journal of Education and Psychology*, 10. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2017.07.002>

- Granek, L., Barrera, M., Shaheed, J., Nicholas, D., Beaune, L., D'Agostino, N., Bouffet, E., & Antle, B. (2013). Trajectory of parental hope when a child has difficult-to-treat cancer: a prospective qualitative study. *Psycho-oncology*, 22(11), 2436–2444. <https://doi.org/10.1002/pon.3305>
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 315–315. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Grau, C (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 5(2), 87-106. https://www.researchgate.net/publication/270889950_Impacto_psicosocial_del_cancer_infantil_en_la_familia
- Grau, C., & Fernández, M (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008
- Gröbner, S. N., Worst, B. C., Weischenfeldt, J., Buchhalter, I., Kleinheinz, K., Rudneva, V. A., Johann, P. D., Balasubramanian, G. P., Segura-Wang, M., Brabetz, S., Bender, S., Hutter, B., Sturm, D., Pfaff, E., Hübschmann, D., Zipprich, G., Heinold, M., Eils, J., Lawrenz, C., ... Pfister, S. M. (2018). The landscape of genomic alterations across childhood cancers. *Nature*, 555(7696), 321–327. <https://doi.org/10.1038/nature25480>
- Gróf, M., Vagašová, T., Oltman, M., Skladaný, L., & Maličká, L. (2017). Inequalities in cancer deaths by age, gender and education. *Central European Journal of Public Health*, 25 Suppl 2, S59–S63. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5055c>

- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 95-103.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion, 13*, 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion, 13*, 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gunter, M. D. & Duke, G. (2018). Reducing Uncertainty in Families Dealing With Childhood Cancers: An Integrative Literature Review. *Pediatric nursing, 44*(1). <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=dd11f4c0-2e8a-4cdb-b56e-58fe61a93bc8%40redis>
- Gupta, S., Howard, S. C., Hunger, S. P., Antillon, F. G., Metzger, M. L., Israels, T., Harif, M., & Rodriguez-Galindo, C. (2015). Treating childhood cancer in low- and middle-income countries. En *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3): Cancer* (pp. 121–146). The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0349-9_ch7
- Guzman-Gonzalez, M., Trabucco, C., Urzúza, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y confiabilidad de la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terapia psicológica, 32* (1), 19-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *Oxford, UK: Oxford University Press*.
- Hayes, S.C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brower.

- Hervás, G & Moral, G. (2017). Regulación Emocional aplicada al campo clínico. *FOCAD para División de Psicoterapia*. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la Regulación Emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 9, 139-156.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Hinds, P. S., Nuss, S. L., Ruccione, K. S., Withycombe, J. S., Jacobs, S., DeLuca, H., Faulkner, C., Liu, Y., Cheng, Y. I., Gross, H. E., Wang, J., & DeWalt, D. A. (2013). PROMIS pediatric measures in pediatric oncology: valid and clinically feasible indicators of patient-reported outcomes: PROMIS Pediatric Measures. *Pediatric Blood & Cancer*, 60(3), 402–408. <https://doi.org/10.1002/pbc.24233>
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2021, 4 noviembre). *El cáncer. Tipos de cáncer. Cáncer infantil*. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes#cul-es-el-pronstico-para-los-nios-y-adolescentes-con-cncer-nbsp>
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2021, 4 noviembre). *El cáncer. Tratamiento del cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- Irestorm, E., Tonning Olsson, I., Johansson, B., & Øra, I. (2020). Cognitive fatigue in relation to depressive symptoms after treatment for childhood cancer. *BMC Psychology*, 8(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00398-1>
- Jibb, L. A., Croal, L., Wang, J., Yuan, C., Foster, J., Cheung, V., Gladstone, B. M., & Stinson, J. N. (2018). Children's experiences of cancer care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Oncology Nursing Forum*, 45(4), 527–544. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.527-544>
- Jithoo, V. (2010). To tell or not to tell; The childhood cancer conundrum: Parental communication and information-seeking. *Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Sielkunde [South African Journal of Psychology]*, 40(3), 351–360. <https://doi.org/10.1177/008124631004000313>

- Katz S. (2002). When the child's illness is life threatening: impact on the parents. *Pediatric nursing*, 28(5), 453–463. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12424981/>
- Kawamura, J. (2016). Indirect Effects of Parental Coping on Children's Psychosocial Adjustment in the Context of Pediatric Cancer. [Tesis Doctoral, University of Washington].
- Kazak, A. E., Boeving, C. A., Alderfer, M. A., Hwang, W.-T., & Reilly, A. (2005). Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(30), 7405–7410. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.09.110>
- Kazak, A. E., Deatrck, J. A., Scialla, M. A., Sandler, E., Madden, R. E., & Barakat, L. P. (2020). Implementation of family psychosocial risk assessment in pediatric cancer with the Psychosocial Assessment Tool (PAT): study protocol for a cluster-randomized comparative effectiveness trial. *Implementation science : IS*, 15(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01023-w>
- Kelada, L., Wakefield, C. E., Carlson, L., Hetherington, K., McGill, B. C., McCarthy, M. C., Miles, G., Cohn, R. J., & Sansom-Daly, U. M. (2019). How parents of childhood cancer survivors perceive support from their extended families. *Journal of Child and Family Studies*, 28(6), 1537–1547. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01394-9>
- Kim, M. A., Yi, J., Wilford, A., & Kim, S. H. (2019). Parenting changes of mothers of a child with cancer. *Journal of Family Issues*, 0192513X1988119. <https://doi.org/10.1177/0192513x19881191>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press.
- Ljungman, L., Cernvall, M., Grönqvist, H., Ljótsson, B., Ljungman, G., & von Essen, L. (2014). Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: a systematic review. *PloS One*, 9(7), e103340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103340>

- López- Naranjo, I. (2011). Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo [Tesis doctoral, Universidad de Granada] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62624>
- Lotfi, M., Bakhtiyari, M., Asgharnezhad-Farid, A. A., & Amini, M. (2013). Comparison of the effect of transdiagnostic Therapy and cognitive-behavior therapy on patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16*(Suppl 1), 15-18.
- Malone, E. R., Oliva, M., Sabatini, P. J. B., Stockley, T. L., & Siu, L. L. (2020). Molecular profiling for precision cancer therapies. *Genome Medicine, 12*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13073-019-0703-1>
- Malone, E. R., Oliva, M., Sabatini, P. J. B., Stockley, T. L., & Siu, L. L. (2020). Molecular profiling for precision cancer therapies. *Genome Medicine, 12*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13073-019-0703->
- Martins, A. R., Crespo, C., Salvador, Á., Santos, S., Carona, C., & Canavarro, M. C. (2018). Does hope matter? Associations among self-reported hope, anxiety, and health-related quality of life in children and adolescents with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 25*(1), 93–103. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9547-x>
- Matute J. (2017). Impacto emocional en cuidadores de niños con cáncer en el hospital oncológico Solca-Loja 2016-2017 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Loja, Ecuador]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18791>
- McCarthy, M. C., Clarke, N. E., Ting, C. L., Conroy, R., Anderson, V. A., & Heath, J. A. (2010). Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of a child from cancer. *Journal of Palliative Medicine, 13*(11), 1321–1326. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0037>
- Mohammadi, A., Birashk, B., & Gharaie, B. (2014). Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation. [Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation.]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 19*(3), 187–194.

- Mohseni-Ezhiyeh, A. R., Malekpour, M., & Ghamarani, A. (2016). The Effect of Transdiagnostic Treatment on Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 4(3), 199-206. <http://dx.crossref.org/10.15412/J.JPCP.06040308>
- Moorey S., & Greer S.(1989): *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach. Oxford, Helnemann Medical Books.*
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). La Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS): Análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 225–248. <https://doi.org/10.14718/acp.2016.19.1.10>
- Murphy, L. K., Preacher, K. J., Rights, J. D., Rodriguez, E. M., Bemis, H., Desjardins, L., Prussien, K., Winning, A. M., Gerhardt, C. A., Vannatta, K., & Compas, B. E. (2018). Maternal communication in childhood cancer: Factor analysis and relation to maternal distress. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(10), 1114–1127. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy054>
- Nieto, B. B. (2018). *Repercusiones psicosociales del cáncer infantil en padres de niños y adolescentes afectados* [Tesis doctoral, Universidad de Almería]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158679>
- Norberg, A. L., & Boman, K. K. (2008). Parent distress in childhood cancer: a comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 47(2), 267–274. <https://doi.org/10.1080/02841860701558773>
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, 245-249.
- Organización Mundial de la salud (OMS). (2020). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Cáncer. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Osma, J.; Martínez-Loredo, V.; Quilez-Orden, A.; Peris-Baquero, Ó.; Suso-Ribera, C. Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among Non-Clinical Spanish University Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Paquette, K., Coltin, H., Boivin, A., Amre, D., Nuyt, A.-M., & Luu, T. M. (2019). Cancer risk in children and young adults born preterm: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 14(1), e0210366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210366>
- Pardo E., Muñoz, A., Valero S., Porta, S., Cañete A, Barreda MS., & Peris, R. (2012). Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2021. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). *Valencia: Universitat de València*, 2022. https://www.uv.es/rnti/pdfs/Informe_RETI-SEHOP_1980-2021.pdf
- Peeters, F., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Delespaul, P., & deVries, M. (2003). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 112(2), 203–211. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.2.203>
- Pérez, E. (2016). Cáncer: trascendencia de un término. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 41(9). Disponible en: http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/852/pdf_327
- Perez, S., & Greenzang, K. A. (2019). Completion of adolescent cancer treatment: Excitement, guilt, and anxiety. *Pediatrics*, 143(3), e20183073. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3073>
- Pollock, E. A., Litzelman, K., Wisk, L. E., & Witt, W. P. (2013). Correlates of physiological and psychological stress among parents of childhood cancer and brain

- tumor survivors. *Academic Pediatrics*, 13(2), 105–112.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.11.005>
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M., Morillejo, E. A., & Cid, N. (2015). (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93–101.
<https://doi.org/10.1016/j.rlp.2014.07.002>
- Rensen, N., Steur, L. M., Schepers, S. A., Merks, J. H., Moll, A. C., Kaspers, G. J., Grootenhuis, M. A., & van Litsenburg, R. R. (2019). Gender-specific differences in parental health-related quality of life in childhood cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(7), e27728. <https://doi.org/10.1002/pbc.27728>
- Richardson, L., & Adams, S. (2018). Cognitive deficits in patients with depression. *The Journal for Nurse Practitioners: JNP*, 14(6), 437-443.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.03.006>
- Robinson, K. E., Gerhardt, C. A., Vannatta, K., & Noll, R. B. (2009). Survivors of childhood cancer and comparison peers: the influence of early family factors on distress in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 23(1), 23–31. <https://doi.org/10.1037/a0014199>
- Rodríguez, D. A., Dominguez, M. A., Basurto, M. M., & Yanes, Y. G. (2020). Distintos abordajes de clínicos quirúrgicos aplicando técnicas y procedimientos de acuerdo a criterios clínicos en oncología pediátrica. *RECIMUNDO*, 3(4), 340-362.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.340-362](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.340-362)
- Rosellini, A. J. (2013). Initial development and validation of a dimensional classification system for the emotional disorders. Recuperado de:
<https://hdl.handle.net/2144/14112>
- Ruby, D. R. K., Ruud, E., Haugnes, H. S., Cannon-Albright, L. A., Thoresen, M., Nafstad, P., Vlatkovic, L., Blaasaas, K. G., Næss, Ø., & Claussen, B. (2019). Family history of cancer and risk of paediatric and young adult's testicular cancer: A Norwegian cohort study. *British Journal of Cancer*, 120(10), 1007–1014.
<https://doi.org/10.1038/s41416-019-0445-2>

- Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799–806. <https://doi.org/10.1080/02699930302283>
- Salvador, Á., Crespo, C., & Barros, L. (2019). Family management of pediatric cancer: Links with parenting satisfaction and psychological distress. *Family Process*, 58(3), 761–777. <https://doi.org/10.1111/famp.12379>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A., & Chorot, P. (2020). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3), 197. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Santacrose, S. J., & Kneipp, S. M. (2020). Influence of pediatric cancer-related financial burden on parent distress and other stress-related symptoms. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(3), e28093. <https://doi.org/10.1002/pbc.28093>
- Santos, S., Crespo, C., Canavarró, M. C., & Kazak, A. E. (2018). Family rituals when children have cancer: A qualitative study. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 32(5), 643–653. <https://doi.org/10.1037/fam0000419>
- Schepers, S. A., Russell, K., Berlin, K. S., Zhang, H., Wang, F., & Phipps, S. (2020). Daily mood profiles and psychosocial adjustment in youth with newly diagnosed cancer and healthy peers. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/hea0000810>
- Sharma, N., Purkayastha, A., & Pandya, T. (2019). Is high altitude an emergent occupational hazard for primary malignant brain tumors in young adults? A hypothesis. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology: Official Journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*, 40(03), 374–380. https://doi.org/10.4103/ijmpo.ijmpo_72_18
- Siegel, D. J. (1999). La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser. *Editorial: Desclee de brouwer*.

- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018: Cancer statistics, 2018. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(1), 7–30. <https://doi.org/10.3322/caac.21442>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019: Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(1), 7–34. <https://doi.org/10.3322/caac.21551>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2022). *Info Cáncer. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Spiegel D. (1995). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* 252-6.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Torres, D. A. (2019). *Prácticas parentales involucradas en la regulación emocional de niños con asma* [Tesis doctoral, Universidad Pontificia de Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.com>
- Uhl, K., Halpern, L. F., Tam, C., Fox, J. K., & Ryan, J. L. (2019). Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 2988–2999. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01474-w>
- van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P. C., & Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(6), e27677. <https://doi.org/10.1002/pbc.27677>
- Vuotto, S. C., Ojha, R. P., Li, C., Kimberg, C., Klosky, J. L., Krull, K. R., Srivastava, D. K., Robison, L. L., Hudson, M. M., & Brinkman, T. M. (2018). The role of body image dissatisfaction in the association between treatment-related scarring or disfigurement and psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *Psycho-oncology*, 27(1), 216–222. <https://doi.org/10.1002/pon.4439>

- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- Wechsler, A. M. (2016). Ajuste psicológico en niños brasileños con cáncer y en sus padres o cuidadores [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37580/1/T37186.pdf>
- Willard, V. W., Hostetter, S. A., Hutchinson, K. C., Bonner, M. J., & Hardy, K. K. (2016). Benefit finding in maternal caregivers of pediatric cancer survivors: A mixed methods approach: A mixed methods approach. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 33(5), 353–360. <https://doi.org/10.1177/1043454215620119>
- Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V.A. & McCarthy, M.C (2016). Early Traumatic Stress Responses in Parents Following a Serious Illness in Their Child: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings* 23(1), 53–66. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9430-y>
- Yardeni, M., Abebe Campino, G., Bursztyn, S., Shamir, A., Mekori-Domachevsky, E., Toren, A., & Gothelf, D. (2020). A three-tier process for screening depression and anxiety among children and adolescents with cancer. *Psycho-Oncology*, 29(12), 2019–2027. <https://doi.org/10.1002/pon.5494>
- Yeh, C.-H. (2002). Gender differences of parental distress in children with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 598–606. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.02227.x>
- Yélamos, C., Fernández, B., & Pascual, C. (2010). *Cáncer infantil. Guía de apoyo para padres*. AECC Care of Cáncer. https://amece.es/images/cancer_infantil.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Cartel del programa

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REGULACIÓN EMOCIONAL



Padres con hijos enfermos de cáncer



Hospital Perpetuo Socorro



Lunes (16:00-18:00h)



Fuente: elaboración propia

Anexo 2. Cuestionario MEDI

Inventario Multidimensional de Trastornos Emocionales (MEDI)

Anthony Rosellini (2013). Validado al Castellano Osma et al. (2019)

Utiliza la escala de 0 a 8 que te mostramos a continuación para añadir, en la columna de la derecha, el número que mejor refleje el grado en el que las afirmaciones que se describen son características en ti.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
No es característico en mi		Algo característico en mi		Bastante característico en mi		Muy característico en mi		Totalmente característico en mi

1.	Me molestan cosas sin importancia	
2.	Es fácil hacer que me ría	
3.	Estoy decepcionado conmigo mismo	
4.	He estado teniendo dificultades para respirar	
5.	Otras personas podrían considerar que algunos de mis pensamientos son extraños	
6.	Me asustan las sensaciones físicas inesperadas	
7.	Me siento incómodo relacionándome en actos sociales	
8.	No puedo dejar de pensar en cosas terribles que he vivido o visto	
9.	Hago frente a los pensamientos, sentimientos o imágenes desagradables contra mi voluntad	
10.	Siempre he sido una persona que se preocupa mucho	
11.	Me siento triste y desanimado/a	
12.	Me vienen a la mente pensamientos, imágenes o recuerdos desagradables contra mi voluntad	
13.	He sentido temblores o inestabilidad	
14.	Me siento incómodo en situaciones donde soy el centro de atención	
15.	Evito lugares o cosas que me puedan hacer sentir mal	
16.	Lo paso muy mal cuando tengo que hacer frente al estrés	
17.	Soy una persona optimista	
18.	He estado teniendo picos de miedo repentinos	
19.	Me preocupo por mi salud	
20.	Tengo sueños perturbadores sobre cosas terribles que me ocurrieron en el pasado	
21.	Me vienen a la mente pensamientos inadecuados o absurdos que me cuesta ignorar	
22.	Me siento ansioso/a cuando estoy con desconocidos	
23.	Llevo algunas cosas conmigo para protegerme de emociones o situaciones incómodas	

24.	Soy una persona alegre y feliz	
25.	He perdido el interés en actividades de las que antes disfrutaba	
26.	He sentido mareo, aturdimiento o desmayo	
27.	Haría casi cualquier cosa para deshacerme de las emociones desagradables	
28.	Estoy preocupado por enfermedades y dolencias	
29.	Vienen a mi mente, de manera inesperada, imágenes de acontecimientos traumáticos pasados	
30.	A menudo mis conductas están impulsadas por pensamientos o imágenes indeseadas	
31.	Si algo me genera malestar, intento con todas mis fuerzas no pensar en ello	
32.	Soy más nervioso/a y tenso/a que la media de las personas	
33.	Siempre estoy motivado/a para empezar nuevas tareas	
34.	Me niego a estar en contacto con objetos que me dan miedo	
35.	Soy de esas personas a quienes es fácil herir los sentimientos	
36.	Me siento bien al acabar una tarea	
37.	Siento que no tengo nada que me motive y me haga tirar hacia adelante	
38.	Presto mucha atención a mi salud porque tengo miedo a enfermar	
39.	A veces siento como si estuviera reviviendo acontecimientos horribles de mi pasado	
40.	Tengo pensamientos o imágenes que considero inaceptables	
41.	Me siento nervioso/a cuando hablo con otras personas	
42.	Hago ciertas acciones de manera rutinaria para hacer frente a situaciones o emociones desagradables	
43.	He estado pensando que no merece la pena vivir	
44.	A veces, mi corazón se acelera y palpita fuertemente a pesar de no estar haciendo ejercicio	
45.	Creo que podría tener una enfermedad que no ha sido diagnosticada	
46.	Aunque sé que no son realista, tengo pensamientos sobre perder el control de mis actos	
47.	Me siento nervioso/a en situaciones sociales	
48.	Me disgusto o enfado cuando recuerdo las cosas horribles que he vivido o visto	
49.	Mis miedos no me permiten realizar algunas tareas del día a día	

Anexo 3. Cuestionario DERS

Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)

Gratz & Roemer (2013). Adaptado a población española por Hervás y Jódar (2008)

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1 ----- **2** ----- **3** ----- **4** ----- **5**
 Casi nunca Algunas veces La mitad de las La mayoría de las Casi siempre
 (0-10%) (11-35%) veces (36-65%) veces (66-90%) (91-100%)

1.	Percibo con claridad mis sentimientos	1	2	3	4	5
2.	Presto atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
3.	Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
4.	No tengo ni idea de cómo me siento	1	2	3	4	5
5.	Tengo dificultades para comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
6.	Estoy atento a mis sentimientos	1	2	3	4	5
7.	Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8.	Estoy confuso/a sobre lo que siento	1	2	3	4	5
9.	Cuando me siento mal, reconozco mis emociones	1	2	3	4	5
10.	Cuando me siento mal, me enfadado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
11.	Cuando me siento mal, me da vergüenza sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
12.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante	1	2	3	4	5
13.	Cuando me siento mal, pierdo el control	1	2	3	4	5
14.	Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo	1	2	3	4	5
15.	Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a	1	2	3	4	5
16.	Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas	1	2	3	4	5
17.	Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control	1	2	3	4	5
18.	Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
19.	Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil	1	2	3	4	5
20.	Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
21.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme	1	2	3	4	5
22.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1	2	3	4	5
23.	Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
24.	Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5

25.	Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer	1	2	3	4	5
26.	Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento	1	2	3	4	5
27.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa	1	2	3	4	5
28.	Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse	1	2	3	4	5

Anexo 4. Cuestionario CERQ

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

Garnesfski et al., (2001). Validado al español Domínguez-Sánchez et al. (2011)

¿Cómo afronta usted los acontecimientos?

Todos nos enfrentamos en algún momento con acontecimientos que resultan negativos o desagradables y cada uno de nosotros responde ante ellos de un modo personal. En las siguientes frases le pedimos que indique lo que piensa usted habitualmente cuando se enfrenta a una experiencia negativa o a acontecimientos desagradables.

ÍTEMS	(Casi nunca)	A veces	Regularmente	A menudo	(casi siempre)
1. Siento que soy el único culpable de lo que ha pasado	1	2	3	4	5
2. Creo que tengo que aceptar lo que ha pasado	1	2	3	4	5
3. Pienso a menudo en cómo me siento en relación con lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
4. Pienso en algo más agradable que lo que me ha ocurrido	1	2	3	4	5
5. Pienso en qué es lo mejor que podría hacer	1	2	3	4	5
6. Creo que puedo aprender algo de la situación	1	2	3	4	5
7. Creo que todo podría haber sido mucho peor	1	2	3	4	5
8. A menudo pienso que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que les ha ocurrido a otras personas.	1	2	3	4	5
9. Me parece que otros son culpables de lo ocurrido	1	2	3	4	5
10. Me siento único responsable de lo ocurrido	1	2	3	4	5
11. Creo que tengo que aceptar la situación	1	2	3	4	5
12. Me preocupa lo que piense y sienta sobre lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
13. Pienso en cosas agradables que nada tienen que ver con lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
14. Pienso en cuál sería la mejor forma de enfrentarme a la situación	1	2	3	4	5

15. Creo que lo que ha pasado me puede hacer más fuerte	1	2	3	4	5
16. Creo que otras personas pasan por experiencias mucho peores	1	2	3	4	5
17. Sigo pensando en lo terrible que ha sido lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
18. Me parece que otros son responsables de lo que ha ocurrido	1	2	3	4	5
19. Reflexiono sobre los errores que he cometido en este asunto	1	2	3	4	5
20. Creo que no puedo cambiar nada de lo ocurrido	1	2	3	4	5
21. Quiero entender por qué la experiencia que he tenido me hace sentir así	1	2	3	4	5
22. Pienso en algo agradable en vez de pensar en lo ocurrido	1	2	3	4	5
23. Pienso en cómo cambiar la situación	1	2	3	4	5
24. Creo que la situación tiene también su lado positivo	1	2	3	4	5
25. Creo que no ha sido tan malo en comparación a otras cosas	1	2	3	4	5
26. Frecuentemente pienso que lo que he sufrido es lo peor que le puede pasar a una persona	1	2	3	4	5
27. Pienso en los errores que otros han cometido en este asunto	1	2	3	4	5
28. Básicamente considero que la causa de lo que me ha ocurrido debe estar en mí mismo	1	2	3	4	5
29. Creo que debo aprender a vivir con ello	1	2	3	4	5
30. Pienso continuamente en los sentimientos que la situación ha provocado en mí	1	2	3	4	5
31. Pienso en experiencias agradables	1	2	3	4	5
32. Pienso en un plan acerca de lo mejor que podría hacer	1	2	3	4	5
33. Busco los aspectos positivos de la cuestión	1	2	3	4	5
34. Me digo que hay cosas peores en la vida	1	2	3	4	5
35. Pienso continuamente en lo horrible que ha sido la situación	1	2	3	4	5
36. Pienso que, básicamente, la culpa es de otros	1	2	3	4	5

Anexo 5. Cuestionario OASIS

Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad (OASIS)

Norman et al., (2006). Validado al castellano Osma et al. (2019)

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

- 0 = No me sentí ansioso durante la última semana.
- 1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.
- 2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.
- 3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.
- 4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿cómo de intensa o grave fue tu ansiedad?

- 0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.
- 1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.
- 2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.
- 3 = Severa. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.
- 4 = Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

- 0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.
- 1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.
- 2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pude manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Anexo 6. Cuestionario ODSIS

Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión (ODSIS)

Bentley et al., (2014). Validado al castellano Osma et al. (2019)

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

- 0 = No me sentí deprimido durante la última semana.
- 1 = Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.
- 2 = Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.
- 3 = Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.
- 4 = Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿cómo de intensa o grave fue tu depresión?

- 0 = Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.
- 1 = Leve. La depresión fue de baja intensidad.
- 2 = Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.
- 3 = Severa. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.
- 4 = Extrema. La depresión me sobrepasó.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

- 0 = Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.
- 1 = Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.
- 2 = Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.
- 3 = Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.

4 = Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

0 = Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Anexo 7. Consentimiento informado

Yo D/Dña _____ con DNI _____ me comprometo a participar en un tratamiento grupal para aprender a manejar mis emociones y las de mi hijo, a mejorar las habilidades de comprensión y expresión emocional, y en aprende estrategias de regulación emocional.

- ♦ Debo asistir a todas las sesiones programadas.
- ♦ La duración establecida de las sesiones es de dos horas (120 min), una vez por semana.
- ♦ Confidencialidad de nombres de las personas que asisten al grupo y del material que allí se trabaja.
- ♦ Obligatoriedad de traer a cada sesión y realizar todos los materiales que se le van dando en forma de tareas para casa.

___/___/_____

Firma del paciente

Firma del Psicólogo

Fuente: elaboración propia

Anexo 8. Rompemos el hielo

Rompemos el hielo

Esta actividad nos ayudará a conocernos entre todos los participantes del grupo, con el objetivo de fomentar la cohesión grupal, la interacción entre todos vosotros y que os conozcáis de forma más profunda. **¡Preparados/as? ¡Vamos allá!**

1. Repartir post its a cada componente del grupo
2. Escribir en él cualidades positivas o impresiones que percibáis entre todos vosotros
3. Pegar el post its en la espalda de cada uno vosotros

Ahora os animo a que cada uno de vosotros leáis en voz alta las cualidades positivas o impresiones, reflexionéis sobre ellas e indiquéis con cuales os identificáis. Continuaréis presentándoos cada uno de vosotros y a vuestros hijos:

- ♦ **Nombre**
- ♦ **Edad**
- ♦ **Tipo de cáncer**
- ♦ **Fase en la que se encuentra**

Fuente: elaboración propia

Anexo 9. Registro para clarificar objetivos

Identificar situaciones problemas ¿Qué o cuales situaciones han causado ciertas emociones (ej: sentirse triste, ansioso, culpable)?	Concretando objetivos ¿Qué estrategias has puesto en marcha que te hayan sido de utilidad hasta el momento? O ¿Cuáles crees que te podrían ser útiles?	Establecer pasos Divide tus objetivos en pasos más pequeños y alcanzables
Situación	Objetivo 1:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
	Objetivo 2:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
Situación	Objetivo 1:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
	Objetivo 2:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
Situación	Objetivo 1:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
	Objetivo 2:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
Situación	Objetivo 1:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:
	Objetivo 2:	Paso 1:
		Paso 2:
		Paso 3:

Fuente: adaptado de Barlow et al., (2019)

Anexo 10. Equilibrio decisional

	Pros/Beneficios	Contras/Costes
Mejorar/Cambios		
No mejorar/No cambios		

Fuente: adaptado de Barlow et al., (2019)

Anexo 11. Relajación guiada

Relajación: Respiración y pensamientos

Explicación: trabajamos con diferentes focos de atención, usamos la respiración como anclaje y vamos moviendo y explorando a diferentes lugares. La capacidad de manejar nuestra atención y dirigirla a donde deseamos es crucial a la hora de llevarla a nuestro interior, para así conocer mejor lo que nos ocurre.

A continuación, se va a iniciar la relajación. Te invito a que poco a poco y a tu ritmo, cuando te sientas preparado, cierres los ojos o en su lugar, si te es más cómodo, puedes mantenerlos abiertos mirando a un punto fijo. Encuentra una postura cómoda en tu cojín o silla: espalda recta, brazos relajados y los dos pies posados en el suelo. Importante no sentir el cuerpo tenso. En el caso de que notes la presencia de alguna zona corporal tensa, le prestamos atención e intentamos relajarla.

Ahora vamos a prestar atención a una zona donde podamos notar la respiración, bien en el abdomen o en la nariz. Cada uno y a su ritmo, va a realizar dos ciclos de 10 respiraciones. Esto consiste, en tomar aire... lo aguantamos y soltamos...; cuando expulsemos todo el aire contamos hasta 10, Cuando termine el primer ciclo, comenzamos el segundo siguiendo las pautas anteriores.

Ahora vamos a visualizar una montaña. En este caso, nuestro cuerpo será esa montaña. Vamos a observar si aparece algún pensamiento, como este viene, como se va, o incluso como puede quedarse. Tómate un tiempo para visualizar la montaña y los pensamientos que pueden surgir, sin juzgarlos **(20-30-40 sg)**.

De nuevo, llevamos la atención a la respiración, bien en el abdomen o en la nariz. Y volvemos a realizar los dos ciclos anteriores. De nuevo toma aire.... Mantenlo durante un tiempo y expulsa el aire contando hasta 10; cuando termines el primer ciclo, comienza el segundo. Recuerda: a tu ritmo y manteniendo la atención en la respiración; **(tiempo 20-30 sg)**

A continuación, lleva tu atención, a todo aquello que entre en tu consciencia respecto a ti, pensamientos nuevos o los anteriores que han venido antes.... Sensaciones físicas en el cuerpo que noto constantemente, o que han aparecido nuevas o que estas sintiendo en este mismo momento. O si lo prefieres, puedes dirigir tu atención a algo externo, a lo que esté sucediendo en este momento, sonidos, ruidos, ... Simplemente, préstales atención, sin intentar ponerle etiquetas, o categorizar lo que sucede **(20-30-40 sg)**.

Toma varias respiraciones profundas, nota como el aire entra y sale; inhala... exhala...; inhala... exhala; inhala... exhala... Atiende a tu cuerpo y conecta de nuevo con él, siente el tacto y el movimiento de tus manos y de tus pies. Cuando te sientas preparado puedes ir abriendo los ojos lentamente. La práctica ha terminado.

¿Cómo te sientes? Tomate un momento si puedes, para observar que notas que es diferente.

Recuerda: que, como cualquier otra habilidad, cuanto a menudo lo hagas, más familiar te resultara.

Fuente: elaboración propia

Anexo 12. Metáfora del mensajero

Metáfora del mensajero

Las *emociones* son mensajes que nuestro organismo nos manda con una intención constructiva, no nos manda *mensajes* para hacernos daño, sino que intentan enviarnos un mensaje que puede sernos de ayuda. Es decir, tenemos una compañía logística en toda regla, similar a las compañías de mensajería de verdad. Tenemos un chico, el mensajero, al que se le dice claramente: ***“Tienes este mensaje y tienes que entregarlo; pero ojo, como veamos que no entregas los mensajes, te despedimos”***. Fíjate que se le dice de una forma muy rotunda que tiene que entregar el mensaje. ¿Por qué? Porque puede estar la vida de la persona en juego. Tu organismo no sabe si tú te estás peleando con tu jefe o con un león. Lo que sucede es que te manda el miedo cuando cree que te puede ser útil o la agresividad cuando cree que es necesaria. Porque tu organismo cree que esa *reacción te puede ayudar en ese momento*.

En resumen, el mensajero tiene una motivación bastante alta para que nosotros recibamos ese mensaje. Y al principio viene con una sonrisa, nos trae el paquete con un envoltorio de color rojo, que te puedes imaginar lo que significa (...) En efecto, significa ***“Emoción desagradable”***. Entonces, cuando uno ya ve por la ventana el paquetito con la señal roja, dice: ***“¡Cuántas cosas tengo que hacer en la planta de arriba, ya bajaré después!”***. El hombre empieza a llamar y ahí es cuando uno pone la música un poco más alta. Es decir, como estamos muy atareados o en una situación agradable, no queremos escucharlo. ***¿Qué sucede?*** Que no contestamos. El mensajero, que se está jugando su puesto de trabajo, al principio solamente llama. Pero si se empiezan a acumular los paquetes en la puerta y nosotros no abrimos, ***¿qué creéis que va a hacer?*** (...) Exacto, aporrear la puerta. ***¿Cómo se traduce esto a la situación emocional?*** Sube la *intensidad de las emociones*. Esto de las emociones intensas no es casual: las emociones suben de intensidad cuando tú no les haces caso. Pero a veces esto es sólo el principio.

Este mensajero tiene muchos recursos y si aporreando la puerta no consigue su objetivo, ***¿qué hace?*** Intenta tirar la puerta abajo. A lo mejor, un día, lo consigue y explota todo en el momento menos pensado y perdemos el control total de los sentimientos. Pero vosotros, si sois muy previsores, habéis puesto candados para evitar este problema, con lo cual no funciona. ***¿Qué hace el mensajero?*** Empieza a tirar piedras a la ventana. ***¿Qué crees que son en la vida real?*** (...) Son *pensamientos automáticos o pensamientos pegajosos*, de esos que no se van fácilmente. Y si no abrimos, cosa que ya nos es mucho

más difícil porque intuimos que el reencuentro con el mensajero va a ser muy áspero, empieza a usar *técnicas de guerrilla* (taladradoras, gases lacrimógenos, etc.). Esto son las *cosas que sentimos físicamente*. Ese dolor de tripa, esa contractura... *¿de dónde vienen?* Pues ya lo sabes, es el mensajero.

En resumen, este mensajero puede estar muy contento y tener una relación muy buena con nosotros o puede tener una relación horrible. Cuanto mejor es esa relación, las emociones van a ser más suaves. Y eso es gracias a que cuando el mensajero llega es siempre bienvenido, y no tiene ni que llamar a la puerta.

Cada uno de nosotros sabe perfectamente cómo es su relación. En tu caso, por ejemplo, si **0** es muy buena y **10** es muy mala *¿cuánto puntuarías?* (...) Pero hay algo muy importante, el mensajero *no te pide que hagas lo que dice la emoción*, que es lo que muchas veces nos preocupa: *“Claro, es que, si abro la agresividad, verás cómo al final acabo haciendo cosas de las que me arrepiento”*. Quizá eso te haya pasado a ti también (...). Pero no funciona así, la emoción quiere que abras el paquete y entiendas lo que dice, aunque luego tú decidas actuar de una forma diferente. Es más fácil de lo que solemos pensar. Lo importante es recoger el mensaje, y entenderlo, pero no tienes que asumir lo que dice.

Lo que no le sienta nada bien al mensajero es que tú aparques el paquete. Por eso es muy importante *identificar y poner nombre a las emociones* porque, cuando ponemos nombre a las emociones, el mensajero ya se puede ir tranquilo. Y ya deja de presionar, y eso implica que, en general, la emoción comienza a disolverse. Por eso, es tan importante la capacidad para poner nombre, para etiquetar, para decir “esto es vergüenza”. Y es que la vergüenza es diferente a la frustración, y ésta diferente a la impotencia...etc. Hay que ponerle a cada emoción su nombre porque a partir de ese momento, no es que esté todo hecho, pero es el primer paso para que ese estado emocional comience a rebajar su intensidad.

Fuente: adaptación de Hervás y Moral., (2017)

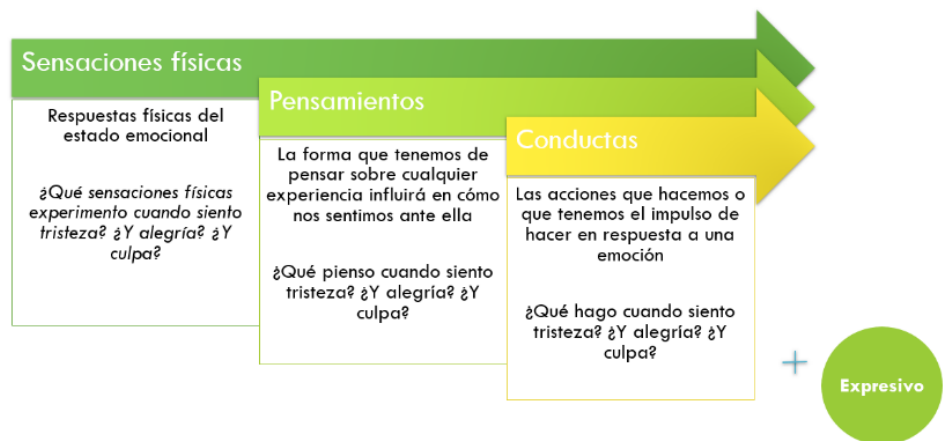
Anexo 13. PowerPoint emociones

1. ¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

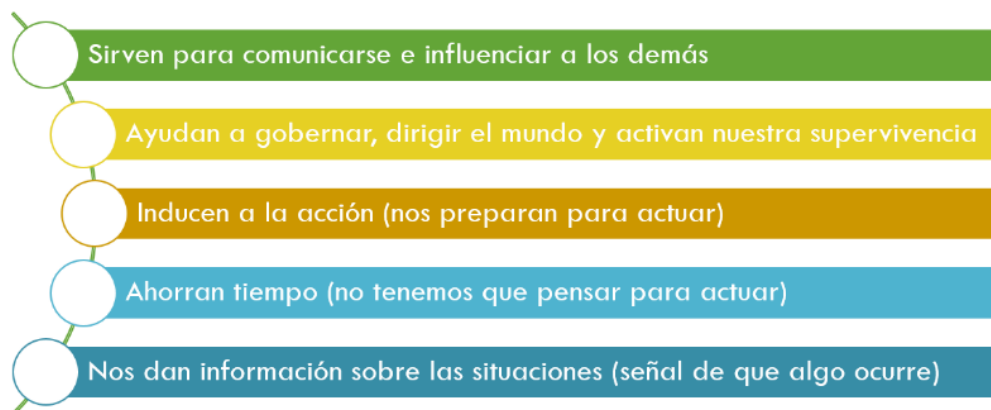
Las **emociones** son experiencias neuropsicológicas espontáneas que nos inducen a la **acción**. Se trata de una manifestación psíquica vinculada con la percepción de un hecho en nuestro entorno (externo) o en nuestro espacio mental (interno) y nos motiva a la acción.



COMPONENTES DE LAS EMOCIONES



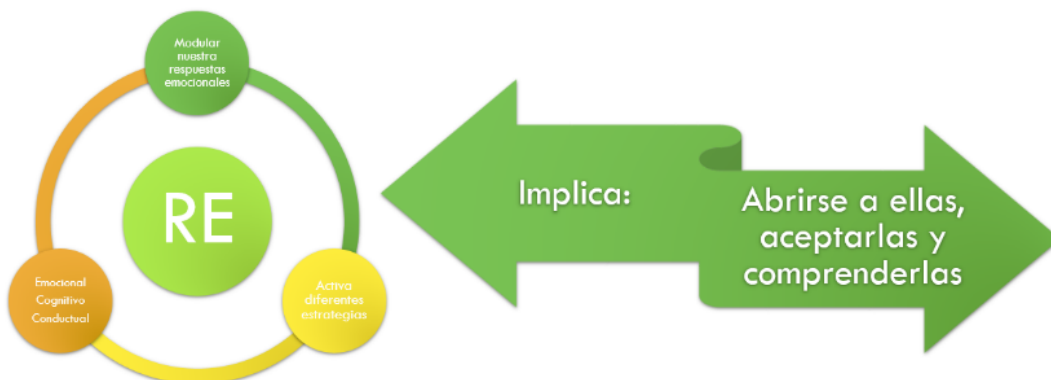
FUNCIONES DE LAS EMOCIONES



EMOCIONES PRINCIPALES:



2. ¿QUÉ ES LA REGULACIÓN EMOCIONAL?



PROCESOS PARA ALCANZAR LA RE



Fuente: elaboración propia

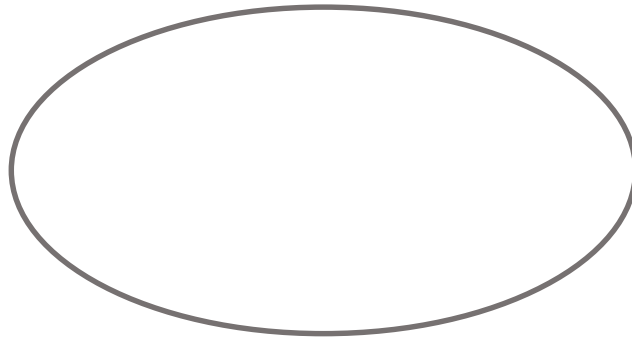
Anexo 14. Registro emocional

Registro emocional

Utiliza este registro cuando estés experimentado emociones intensas. Te será de utilidad para observar e identificar ante que situaciones experimentas dichas emociones y la interacción que producen entre las sensaciones físicas, pensamiento y las conductas que realizas.

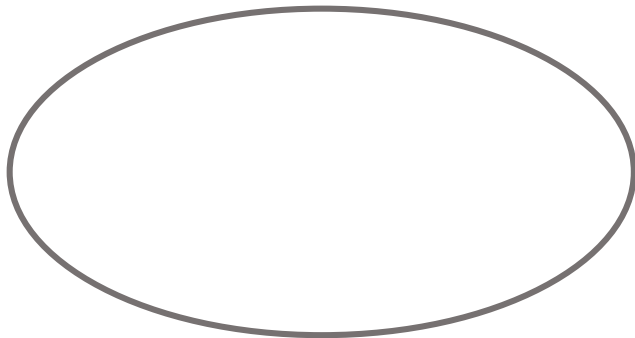
Sensaciones físicas

¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo?



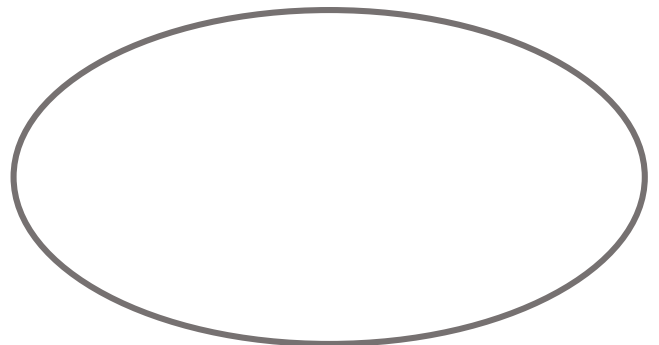
Pensamientos

¿Qué estás pensando?



Conductas

¿Qué estás haciendo o tienes ganas de hacer?



Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 15. ¿Te ayudo a identificar las emociones!

¿Te ayudo a identificar las emociones!

Para ello:

- 1. Párate y observa tu emoción**
- 2. ¿Qué nombre le puedes dar a la emoción? ¿E intensidad (0-100)?**
- 3. ¿Qué sientes en ese momento?**
- 4. ¿Cómo reaccionas a la emoción que experimentas en ese momento?** (*¿Qué me apetece hacer? ¿Qué quiero decir? ¿Lo que hago o digo me es útil? ¿Qué otra cosa podría hacer de mayor utilidad?*)
- 5. ¿Qué pensamientos tienes en este momento? O ¿Qué pensamientos ocurren en esa situación?** (*Creencias, supuestos, valoraciones*)
- 6. ¿Qué efectos secundarios produce esta emoción en mí?** (Pensamientos, recuerdos, estado mental, conducta...)

Fuente: elaboración propia

Anexo 16. El arte emocional

El arte emocional

Recuerdo positivo

Recuerdo negativo

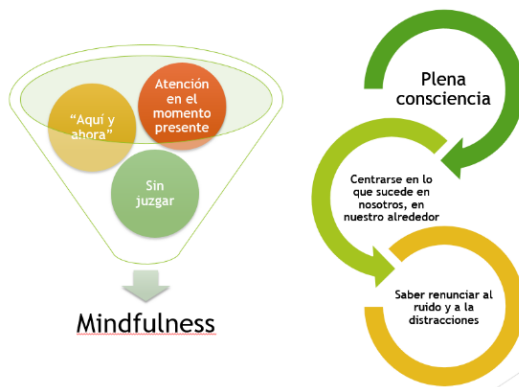
**Situación que te haga
sentir orgulloso/a**

**Tú proyección en el
futuro**

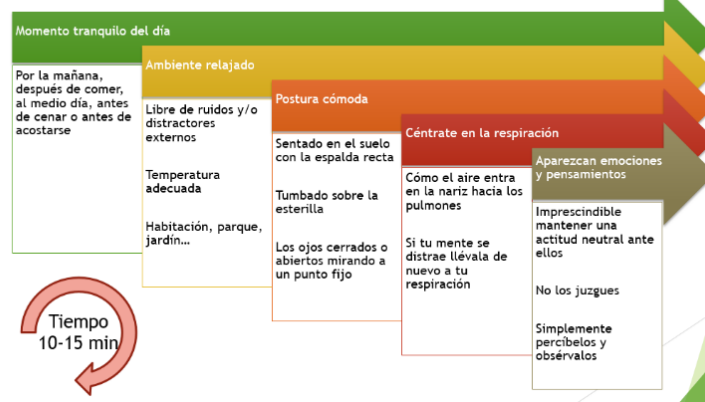
Fuente: elaboración propia

Anexo 17. PowerPoint conciencia emocional

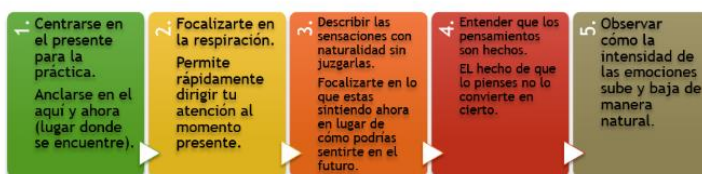
1. ¿Qué es la conciencia emocional?



2. ¿Cómo se practica?



3. Pasos para aprender meditación en conciencia emocional plena



4. Beneficios practicar la conciencia emocional



Fuente: elaboración propia

Anexo 18. Meditación guiada

Meditación en conciencia emocional plena

Recomendación: es mejor practicar este ejercicio cuando te halles en un estado emocional neutral (o cercano a él) porque es más fácil no juzgar y centrarse en el momento presente cuando estés sintiendo una emoción intensa.

Cierra tus ojos y permanece en tu silla. Por un momento, dirige tu atención a ti mismo/a en la habitación. Imagínate a ti mismo/a en este espacio y comienza a notar todo lo que está en contacto contigo. Quizá notes cómo te sientes sentado/a en la silla, la sensación de los pies en el suelo o la presión de tus manos en tus piernas. Para un momento y permítete anclarte en el aquí y ahora conectándote con la habitación.

Dirige tu atención a tu propia respiración. Nota la sensación de la respiración en tus pulmones o diafragma, en tu boca y tu nariz. Céntrate en tu respiración ocurriendo ahora mismo, utiliza tu respiración para anclarte al momento presente. Tu respiración está siempre contigo, utilízala para recordarte que debes prestar atención a lo que ocurre ahora mismo. Para un momento y solo permítete notar tu respiración.

A continuación, amplía tu atención para notar cualquier sensación física que estés experimentando. Para un momento y permítete observar cualquier sensación presente en tu cuerpo sin juzgar si es buena o mala y sin tratar de cambiarla de alguna manera. Simplemente nota que hay ahí con aceptación y curiosidad.

Dirígete tu atención a tus propios pensamientos. Nota como tus pensamientos cambian de un tema a otro. Algunos pensamientos pueden pasar rápidamente, otros pueden distraerte, y alguno de ellos puede ser difícil que se vaya. Simplemente nota qué estás pensando sin tratar de forzar un tema particular o eliminarlo. Trata de no juzgar tu experiencia como buena o mala. Si notas que un pensamiento te atrapa o te dejas llevar por él, solo date cuenta, y tranquilamente dirige tu atención de nuevo a observar tus pensamientos tal y como ocurren. Permítete por unos momentos observar tus pensamientos.

Sigue prestando atención a cómo te estás sintiendo. Las emociones, como los pensamientos, pueden fluctuar. En un periodo de tiempo corto puedes sentir ansiedad y después calma o rabia y después amor o tristeza y después alegría. Las emociones vienen

como las olas del mar, aumentan de intensidad para después descender. Simplemente reconoce cómo te estás sintiendo en este preciso momento sin tratar de cambiar tu experiencia de alguna manera. Permítete observar tus emociones, sin juzgarlas. Nota cómo suben y bajan.

Ahora continúa observando toda tu experiencia -cómo se siente tu cuerpo, qué estás pensando, cualquier emoción que surja. Si notas que estás intentando cambiar tu experiencia de alguna manera, date cuenta y tranquilamente vuelve simplemente a observar. Si alguna sensación, pensamiento o emoción te atrapa, utiliza tu respiración para anclarte en el momento presente y después vuelve a observar tu experiencia. Y, cuando estés preparado, comienza a volver a la habitación. Obsérvate sentado/a en esta habitación y sé consciente de lo que está en contacto contigo. Comienza a mover los dedos de las manos, los pies y, cuando estés listo/a, abre tus ojos.

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 19. Mi canción emocional

Mi canción emocional

Título de la canción:

Cantante/artista:

Una vez terminada la canción elegida, párate y observa:

- 1. ¿Qué emociones suscitan en ti?**
- 2. ¿Qué estás pensando ahora mismo tras escuchar la canción?**
- 3. ¿Qué estas sintiendo en tú cuerpo ahora mismo?**
- 4. ¿Con qué situación relacionas la canción? ¿Qué tendrías ganas de hacer?**
- 5. ¿Mi respuesta (¿pensamientos, sensaciones físicas, conductas se ajustan a lo que estoy experimentado en este momento?)**
- 6. ¿Estoy reaccionando a algo del pasado o a una predicción futura?**

Fuente: elaboración propia

Anexo 20. Dossier músico-emocional

Título de la canción:

Cantante/artista:

Una vez terminada la canción elegida por uno de tus compañeros del grupo, párate y observar:

- 1. ¿Te has sentido identificado con la canción?**

- 2. ¿Qué emociones han suscitado en ti?**

- 3. ¿Qué sensaciones físicas sientes en este mismo momento? ¿Y qué pensamientos?**

- 4. ¿Con qué situación/es podrías relacionarla en este instante? ¿Qué tendrías ganas de hacer?**

- 5. ¿Mi respuesta (¿pensamientos, sensaciones físicas, conductas se ajustan a lo que estoy experimentado en este momento?**

- 6. ¿Estoy reaccionando a algo del pasado o a una predicción futura?**

Fuente: elaboración propia

Anexo 21. Metáfora del autobús

Metáfora del autobús

“Imagínate que eres el conductor de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son *pensamientos, sentimientos, recuerdos* y todas esas cosas que uno tiene en su vida. Es un autobús con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa. Mientras conduces el autobús algunos pasajeros comienzan a amenazarte diciéndote lo que tienes *que hacer, dónde tienes que ir, ahora gira a la derecha, ahora vete más rápido*, etcétera. Incluso te insultan y desaniman: *“eres un mal conductor”, “un fracasado”, “nadie te quiere”*. Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo del autobús durante un rato y así te dejen conducir tranquilo. Pero algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos del autobús, pero no puedes, discutes y te enfrentas con ellos. Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es *parar*, has dejado de conducir y ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y no puedes bajarlos del autobús. Así que, resignado, vuelves a tu asiento y conduces por donde ellos mandan para aplacarlos. De esta forma, para que no te molesten y no sentirte mal, *empiezas a hacer todo lo que le dicen y a dirigir el autobús por dónde dicen* para no tener que discutir con ellos ni verlos. Haces lo que te ordenan y cada vez lo haces antes, pensando en sacarlos de tu vida. Muy pronto, casi sin darte cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirle *“gire a la izquierda”*, sino que girarás a la izquierda para evitar que los pasajeros se echen sobre ti y te amenacen. Así, sin tardar mucho, empezarás a justificar sus decisiones de modo que casi crees que ellos no están ya en el autobús y convenciéndote de que estás llevando el autobús por la única dirección posible. El poder de estos pasajeros se basa en amenazas del tipo *“si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires, y te sentirás mal”*. Pero eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando aparecen estos *pasajeros, pensamientos y sentimientos muy negativos*, parece que pueden hacer mucho daño, y por eso *aceptas* el trato y haces lo que le dicen para que le dejen tranquilo y se vayan al final del autobús donde no les puedas ver. *¡Intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad has perdido la dirección del autobús!* Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar. *El conductor eres tú.* ”

Fuente: extraído de Hayes (2013)

Anexo 22. ¿Qué son los pensamientos?

¿Por qué son importantes los pensamientos?

Los pensamientos son una parte importante de nuestra experiencia emocional. Ya que la forma en la que pensemos sobre el mundo influye realmente en cómo nos sentimos o en nuestro estado de ánimo. Muchas situaciones de nuestra vida pueden ser interpretadas de más de una manera, es decir, estas interpretaciones tienden a determinar el tipo de emoción que estamos experimentando en respuesta a una situación determinada. Por ello, os pedimos que pongáis un *ejemplo* de alguna situación, para analizar *cómo interpretáis* la situación, cómo influye dicha interpretación en *cómo te sientes*, y finalmente, el cómo te sientes puede influir en *qué piensa*. Cuando nos encontramos ante situaciones difíciles, es más probable que tendamos a pensar de forma más negativa. Por ejemplo, si te encuentras en un proceso oncológico con tu hijo y ves que no, y los médicos parece que lo que hacen no es suficiente. Quizá la realidad sea otra, pero debido a los sentimientos de rabia, ira, frustración de la situación hacer que se interprete como: “no hacen nada para que salga adelante” constantemente son pensamientos negativos, por ende, contraria, si nuestro estado de ánimo está más fuerte, con capacidad de lucha, se interprete: “están haciendo todo lo que pueden para que salga adelante”. Por lo tanto, las emociones pueden influir en el tipo de pensamiento que tenemos en una situación dada.

Otro concepto importante son los *patrones de pensamiento automático*. Un pensamiento automático se caracteriza por tratarse de un mensaje que viene a nuestra cabeza de forma *rápido, automático e involuntario* en respuesta a una situación o suceso. Las experiencias del pasado también nos ayudan a interpretar las situaciones actuales y a su vez nos ayudan a proyectar lo que sucede en el futuro. Los pensamientos automáticos a menudo ocurren sin ser conscientes de ellos. Por lo tanto, centrarse solo en las partes negativas de ciertas situaciones no es de ayuda, cuando nos quedamos pillados en esta rutina mental, que nuestras interpretaciones siempre suelen ser negativas, podemos estar cayendo en *errores de pensamientos*.

A continuación, diferenciamos entre pensamiento racional e irracional y los tipos de errores.

Dos tipos de pensamiento:

RACIONAL	IRRACIONAL
SE BASA EN HECHOS ACTUALES: <i>Se basa en hechos que están ocurriendo ahora.</i>	SE BASA EN APRENDIZAJES PREVIOS: <i>Se basa en hechos ocurridos en el pasado y creencias previas.</i>
CON MATICES: <i>A veces..., Algunas personas..., etc.</i>	ABSOLUTISTA: <i>Todo/Nada; Siempre/Nunca, etc.</i>
PERMITE LA INCERTIDUMBRE Y SE ORIENTA A SOLUCIONES: <i>Ej.: "Tengo miedo a que me echen del trabajo ¿Qué puedo hacer?"</i>	ADIVINA" EL FUTURO: Expresa certeza absoluta sobre cosas que aún no han ocurrido. <i>Ej.: "Seguro que me tiran del trabajo"</i>
EXPRESA PREFERENCIAS O PETICIONES: <i>"A mí me gustaría..." "Yo quiero..." "Yo necesito..."</i>	EXPRESA EXIGENCIAS a uno mismo o a los demás: <i>"Yo debería"... o bien... "Los demás deberían"</i>
ES FLEXIBLE: Cambia ante los hechos que contradicen nuestros miedos. <i>Ej.: "Si a alguien le hicieron el vacío en el colegio, cuando llega al instituto se tranquiliza y coge confianza al ver que ahora hay algunos que le invitan a salir"</i>	ES RÍGIDO: Distorsiona la forma de percibir la realidad para que encaje con nuestros miedos y creencias negativas. <i>Ej.: "Si a alguien le hicieron el vacío en el colegio, cuando llega al instituto se fija más en los que no le saludan que en los que le invitan a salir"</i>
ALIVIA, TRANQUILIZA Y AYUDA A RESOLVER LAS SITUACIONES O A ACEPTARLAS COMO SON	HACE SUFRIR INNECESARIAMENTE Y BLOQUEA LA SOLUCIÓN O ACEPTACIÓN DE LAS COSAS

Dos grandes SESGOS O ERRORES DE PENSAMIENTO:

- **Sesgo interpretativo:** *cuando tenemos una idea en la mente, tendemos a fijarnos en todo aquello que confirma nuestra idea.*
- **Sesgo atencional:** *nos afecta más aquello a lo que le prestamos atención. Cuando le prestamos atención a los síntomas, tienden a aumentar.*

Otros sesgos o errores del pensamiento

- ♦ **Saltar a las conclusiones:** Sacar una conclusión sin ninguna evidencia que la apoye o cuando la evidencia incluso es contraria.
 - *"El jefe no me ha saludado en la cafetería, luego seguro que me va a despedir" (cuando nada más, hace pensar eso).*
 -
- ♦ **Filtrado:** Fíjate exclusivamente en un aspecto o detalle negativo y pasar por algo todo lo positivo de la situación.
 - *"El jefe me ha dicho que el informe que yo he hecho está muy bien y que le ha encantado pero que corrija el tamaño de la letra, luego seguro que no le ha gustado nada el informe".*
 -
- ♦ **Sobregeneralización:** Sacar una conclusión general a partir de un hecho aislado y aplicarla a todo. Se detecta a partir de palabras como "todo, nada, siempre, nunca, nadie, todos", etc.
 - *Mi mujer me ha dejado "Nadie me quiere"*
 - *Un amigo me defrauda "No se puede confiar en nadie"*
- ♦ **Polarización o pensamiento "Blanco o Negro":** Pensar en términos de "bueno o malo", "blanco o negro", sin que haya posibilidad de términos medios.
 - *"O estás conmigo o estás contra mí".*
 - *"Si mi mujer no quiere estar conmigo todo el tiempo, es que no me quiere en absoluto".*
- ♦ **Magnificación y Minimización:** Subestimar y sobreestimar la importancia o el peso de un hecho.
 - **Minimización:** *"Se acaba de morir mi hijo, pero, en fin, así es la vida".*
 - **Maximización:** *Mi hijo me contesta mal un día y pienso: "soy un padre horrible: no he sabido educarle".*
- ♦ **Debeísmo:** Concentrarse en lo que uno piensa que "debería" ser, en lugar de ver las cosas como son. Es decir, aplicar reglas morales rígidas sin importar el contexto.
 - *"Yo debería superar esto ya"*
 - *"Mi marido debería entenderme"*
- ♦ **Anticipación catastrofista:** Anticipar un desastre o una catástrofe. Es decir, dar por hecho que va a ocurrir el peor resultado posible. Ej.: Tras ver fumar un cigarro a un hijo, pensar: "Seguro que mi hijo se mete en drogas y fallece joven".
 - *A veces suele empezar con un "¿Y si...? Ej.: "¿Y si este dolor significa que no voy a poder andar"?"*

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 23. Flexibilizando interpretaciones

Este registro te ayudará a identificar tus primeras interpretaciones, a dejarlas atrás, e identificar si te encuentras antes un error de pensamiento y generar alternativas a dicho pensamiento sobre la situación en la que aparece.

Si te es de ayuda, utiliza las siguientes preguntas para rellenar el presente registro:

¿Tengo la seguridad de que _____ pasará o es cierto?	
¿En qué cantidad siente que _____ es cierto? ¿Qué probabilidad hay de que sea real cierto?	
¿Cuántas evidencias tengo a favor y en contra sobre este pensamiento o interpretación? Enuméralas:	
A favor	En contra
¿Puede existir alguna otra explicación?	
Si _____ fuera verdad, ¿Cómo podrías hacerle frente? ¿Y manejarlo?	
Incluso si _____ fuera verdad ¿podrías vivir con ello?	




Situación que desencadena la emoción	Pensamiento/s automático/s	¿Es un error de pensamiento? Si/No ¿Cuál es?	Otras posibles interpretaciones

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 24. Flecha descendente.

Técnica de la Flecha Descendente

En ocasiones, algunos pensamientos alternativos que la persona genera no parecen muy creíbles. Esto puede ser debido a que hay pensamientos automáticos que están influyendo en tus pensamientos iniciales *¿Sabes cuáles son?* Utiliza este registro para averiguar dichos pensamientos que podrían estar en tú superficie más profunda creando emociones muy intensas y dolorosas.

TÉCNICA FLECHA DESCENDENTE	
Pensamiento automático: _____	
De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?	
Pensamiento automático: _____	
De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?	
Pensamiento automático: _____	
De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?	

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 25. Escenas ambiguas

Situación 1: Pruebas hospital



Situación 2: Diagnóstico



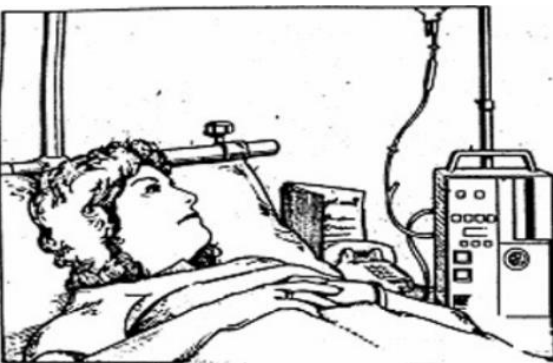
Situación 3: Tratamiento



Situación 4: Explicación del proceso



Situación 5: Tratamientos



Situación 6: Hospitalizaciones



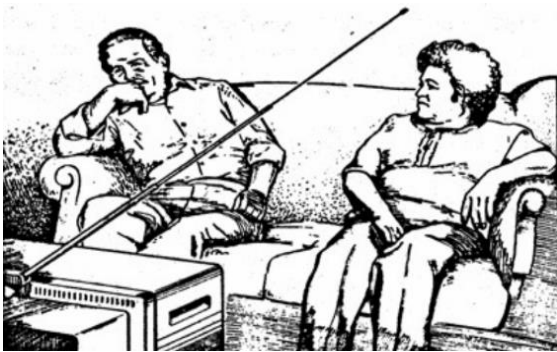
Situación 7: Síntomas emocionales



Situación 8: Apoyos sociales



Situación 9: Apoyos familiares



Situación 10: Amigos y vuelta al trabajo o colegio



Situación 11: Regreso a la normalidad



Situación 12: Planes futuros



Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 26. Experiencias

1. ¿Qué pensamientos experimentaste en las fases del cáncer? (anote solo las fases en las que te hayas encontrado)

- ♦ *Diagnóstico*

- ♦ Tratamiento

- ♦ Fin de tratamiento

- ♦ Supervivencia

- ♦ Duelo

2. ¿Son los mimos que piensas o sientes ahora? ¿Podrías modificarlos?

3. ¿Cómo te sentirías si interpretarás la fase de diagnóstico con otra enfermedad diferente? ¿Y la de tratamiento, fin de tratamiento, supervivencia y duelo?

4. ¿Cómo te sentirías si interpretarás la fase de diagnóstico con un estado menos ansioso, enfadado, triste? ¿Y la de tratamiento, fin de tratamiento, supervivencia y duelo?

Fuente: elaboración propia

Anexo 27. Psicoeducación de las conductas emocionales

¿Qué son las conductas emocionales?

Las *conductas emocionales* hacen referencia a las cosas que hacemos para manejar nuestras emociones intensas. En ocasiones estas conductas pueden ser de gran utilidad, pero en ocasiones no se ajustan a la situación real de lo que está ocurriendo. Ya que sirven para evitar emociones incómodas a corto plazo, pero a la larga pueden estar afectando a nuestra vida.

Por ello, hay que tener claro que cada emoción que experimentamos está asociada a conductas, estas reciben el nombre de “conductas impulsadas por la emoción”. Por ejemplo, la tristeza nos prepara para retirarnos y poder procesar una pérdida o fracaso; el enfado, nos permite protegernos de algo o de alguien; la culpa nos prepara para pedir perdón; la felicidad nos hace saber lo que valoramos y mantenerlo... todas ellas, nos dan un mensaje, una sensación y una conducta para realizar. Pero **¡OJO!** Algunas veces, las conductas impulsadas por la emoción que realizamos, **NO** nos son de ayuda.

Por ejemplo, *imagina que conteste continuamente a un familiar, amigo, médico tuyo porque no salieron los resultados esperados en la última prueba oncológica de tu hijo.* Todos podemos responder de malas maneras a alguien que queremos, cuando nos sentimos mal, estresados, frustrados por algo, a pesar de saber que el problema no se resolverá.

Entonces *¿Por qué lo haces o lo hacemos?* Esto nos ayuda a reducir nuestro malestar a corto plazo, contestar mal a un familiar, amigo o médico, hace que te sientas bien ese momento, pero este alivio dura poco y esas conductas te hacen experimentar consecuencias que más tardes te harán sentir peor (por ejemplo, más riñas con tus familiares, amigos, que los médicos no te quieran atender, incluso sentirte culpable por actuar de esa forma).

No obstante, algunas conductas que son adaptativas en algunas situaciones pueden no serlo para otras, y además contribuir al desarrollo y mantenimiento de un trastorno emocional. Por ejemplo, una situación amenazante lleva asociada emociones como el miedo o la ira, siendo estas conductas para protegernos. Es decir, estas conductas están relacionadas con luchar, huir o ambas, siendo adaptativas, si existiera una amenaza real (por ejemplo, alguien que está a punto de ser atropellado). Sin embargo, si no existe una amenaza real, y la persona lo vive como una falsa alarma, esta conducta sería menos adaptativa. Es decir, el nivel de miedo no estaría justificado ante la situación vivida.

¡Recuerda! Estas conductas te alivian a corto plazo, pero a largo plazo pueden generar más malestar.

Por otro lado, el sujeto directamente puede realizar **evitaciones**. A continuación, se describen los tipos de evitaciones existentes:

EVITACIONES EMOCIONALES

Evitación abierta/ manifiesta	Evitación total de situaciones, eventos y actividades que generan emociones intensas	Ej.: evitar fiestas, estar con gente, contar lo que sucede...
Conductas sutiles de evitación	Conductas que impiden experimentar por completo la experiencia emocional, cuando la evitación total no es posible	Ej.: ir a una fiesta, pero estar con el móvil ...
Evitación cognitiva	Estrategias cognitivas que se utilizan para evitar pensar en algo que genera malestar	Ej.: en el médico estar con el móvil, debido a que te has enfadado ...
Conductas de seguridad	Objetos o cosas que se utilizan o hacen para sentirte más cómodo y/o para que la emoción no se convierta tan abrumadora	Ej.: amuletos de la suerte, pastillas...

En un primer momento, se puede creer que estas conductas no parecen que sean tan graves, pero el problema de ello, es que pueden impedir que aprendas a afrontar las situaciones por ti mismo/a, ya que el mensaje que lanza es que “no podrás afrontar de forma eficaz las experiencias emocionales” manteniéndote en el círculo vicioso de la evitación, reforzando las conductas desadaptativas y las creencias negativas sobre las emociones.

Por ello, acércate a tus emociones en vez de evitarlas, ya que es una manera ideal de generar acciones alternativas. Es decir, realiza actividades que provoquen las emociones que actualmente, estas evitando, para adquirir una mayor habilidad para afrontarlas.

Recuerda: cambiar tu comportamiento puede cambiar también cómo te sientes, ya que como aprendimos en la sesión *de Comprendiendo mis emociones*, los pensamientos, sensaciones físicas y conductas interactúan para producir experiencias emocionales. Y cambiando cómo respondemos a unos de esos componentes puede cambiar toda la experiencia.

¿Te atreves a romperlas?

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 28. Mi lista de conducta emocional

Mi lista de conducta emocional

Emoción intensa	Conducta emocional
Miedo	Salir corriendo de la situación

Una vez escritas las emociones y las conductas emocionales que realizas, párate a pensar que consecuencias tienen a corto y largo plazo:

Conducta emocional	Corto plazo	Largo plazo
Salir corriendo de la situación	Me alivia de los síntomas físicos	Evitaré más las situaciones que me produzcan miedo, confirmando que la situación es peligrosa

A continuación, escriba que otras conductas alternativas puedes realizar para esas conductas:

Conducta emocional	Conductas alternativas
Salir corriendo de la situación	Permanecer en la situación Hablar de forma más calmada

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 29. Identificando efectos

Identificando efectos

Las conductas emocionales que realizamos de forma rápida, inútil, nos ofrecen un alivio del estrés o de la situación que estemos experimentando a corto plazo. Pero cuando la conducta te hace sentir mejor, aunque sea solo por unos segundos, minutos o por un momento, esta se refuerza e intensifica.

El *refuerzo inmediato*, como el alivio que nos genera, nada más hacer la conducta, es muy difícil de romper, a pesar de que sepamos que puede tener grandes consecuencias a largo plazo.

¿Te atreves a romperlo?

- ♦ Piensa en un momento en el que sentiste por ejemplo *miedo* (situación de evitación, huida...). Escribe abajo la situación. Y reflexiona sobre: *¿Qué paso? ¿Qué estabas haciendo en ese momento? ¿Qué sensaciones físicas experimentaste en tu cuerpo?* Trata de ser lo más descriptivo posible y cuando lo tengas piensa en una palabra que defina todo.

Palabra:

- ♦ Durante los siguientes minutos (5 aprox.) trae ese recuerdo a tu mente y concéntrate en él.
- ♦ ¿Has mantenido tu recuerdo en la mente? ¿Cómo te ha resultado permanecer con él durante este tiempo? (*mucho, algo, un poco, nada*)
- ♦ Ahora, te doy la orden contraria. NO pienses en el recuerdo en ningún momento. Puedes pensar en cualquiera otra cosa (momentos, situaciones, emociones) menos en ese recuerdo. ¡Va, puedes hacerlo!
- ♦ Una vez más, ¿Ha sido posible no traer el recuerdo a tu mente, no pensar en él? ¿Cómo te ha resultado? (*mucho, algo, un poco, nada*).

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 30. Registro mi conducta emocional

El objetivo es generar una lista de conductas emocionales que te ayuden a identificar las conductas más utilizadas para manejar tus emociones. Nos será de utilidad para futuras sesiones, ver cómo afrontas y evitas ciertas situaciones. Quizás te resulte complicado clasificar la conducta que haces, pero no te preocupes ¡Te ayudaremos! Lo importante es que comiences a registrarlas.

Registro conducta emocional				
Conductas impulsadas por las emociones	Evitación abierta/manifiesta	Conductas sutiles de evitación	Evitación cognitiva	Conductas de seguridad

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 31. Registro mis conductas alternativas

Ayúdate de este registro para pensar en conductas alternativas a las conductas emocionales que estás acostumbrado a hacer y que te gustaría cambiar.

Registro conductas alternativas				
Situación	Emoción <i>¿Qué siento?</i>	Conducta <i>¿Qué hago?</i>	Conductas alternativas <i>¿Qué otra cosa puedo hacer?</i>	Consecuencias de las conductas alternativas
				CP. LP.
				CP. LP.
				CP. LP.
				CP. LP.

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 32. Psicoeducación de las sensaciones físicas

¿Qué son las sensaciones físicas?

Las *sensaciones físicas* hacen referencia a cualquier síntoma físico que la persona puede experimentar ante una emoción intensa (por ejemplo, sudoración, náuseas, palpitaciones). Por ello, las sensaciones físicas forman parte de las emociones y juegan un papel importante junto con las conductas y los pensamientos en la experiencia emocional. Es decir, si como pensamos y actuamos puede influir en nuestras emociones, de la misma forma, puede hacerlo cómo nos sentimos físicamente. **¡CUIDADO!** En numerosas ocasiones, el malestar que generan las sensaciones físicas es lo que lleva a las personas a *evitar* sus emociones.

Numerosas emociones llevan consigo sensaciones físicas, por ejemplo, la ansiedad (aceleración cardiaca, sudoración, presión en el pecho, mareo...); la culpa (problemas gastrointestinales, enrojecimiento...); el enfado (calor, sudoración, tensión muscular...) estas respuestas físicas son naturales de las emociones, ya que nos avisan de que algo está ocurriendo en nuestro organismo y nos motiva a realizar alguna acción.

Pero.... Estas pueden intensificar las experiencias emocionales de diferentes formas
¿Cómo?:

1. **Sensación física de que no puedes hacerle frente** a lo que estas sintiendo
(Por ejemplo, no se terminará el tratamiento oncológico si notas tensión)
2. **Sensación física de que algo malo va a pasar** o pasarte
(Por ejemplo, si mi corazón late mucho es que voy a fallecer)
3. Temor a que **los demás se den cuenta** de qué algo me está pasando
(Por ejemplo, si me pongo rojo, pensaré que tengo vergüenza)
4. Temor a **perder el control**
(Por ejemplo, si tengo mucho malestar y rabia, es más fácil que estalle contra el mundo)
5. Temor a que **lo que se siente o piense puede ocurrir a otro** familiar querido
(Por ejemplo, el pensamiento de que otro familiar está enfermo de cáncer, se siente o vive de forma más real si este viene acompañado de sudoración o nauseas)

Recuerda: evitar las emociones intensas o intentar escapar de ellas las intensifica a largo plazo al igual que ocurre con las conductas de las emociones. Ya que evitar algo, refuerza la idea en ti de que *no puedes hacerle frente*.

Todo esto, contribuye al impulso a evitar las emociones.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el contexto en el que se dan las sensaciones físicas, ya que este ayuda a cómo las interpreta la persona. Para entenderlo de forma más sencilla vamos a poner un ejemplo con los niños. Cuando llevamos a los niños al parque y se suben a los toboganes, los columpios experimentan nudo en el estómago, algunos incluso pueden llegar a marearse cuando se bajen del columpio. ¿Y una atracción de feria, la noria, el tiovivo? ¿Y jugar al pillapilla? Este juego provoca sudoración, palpitaciones... y todo por correr uno detrás de otro. Esto se consideran buenas sensaciones, de hecho, en ocasiones algunos niños tienden a buscarla por sí solos.

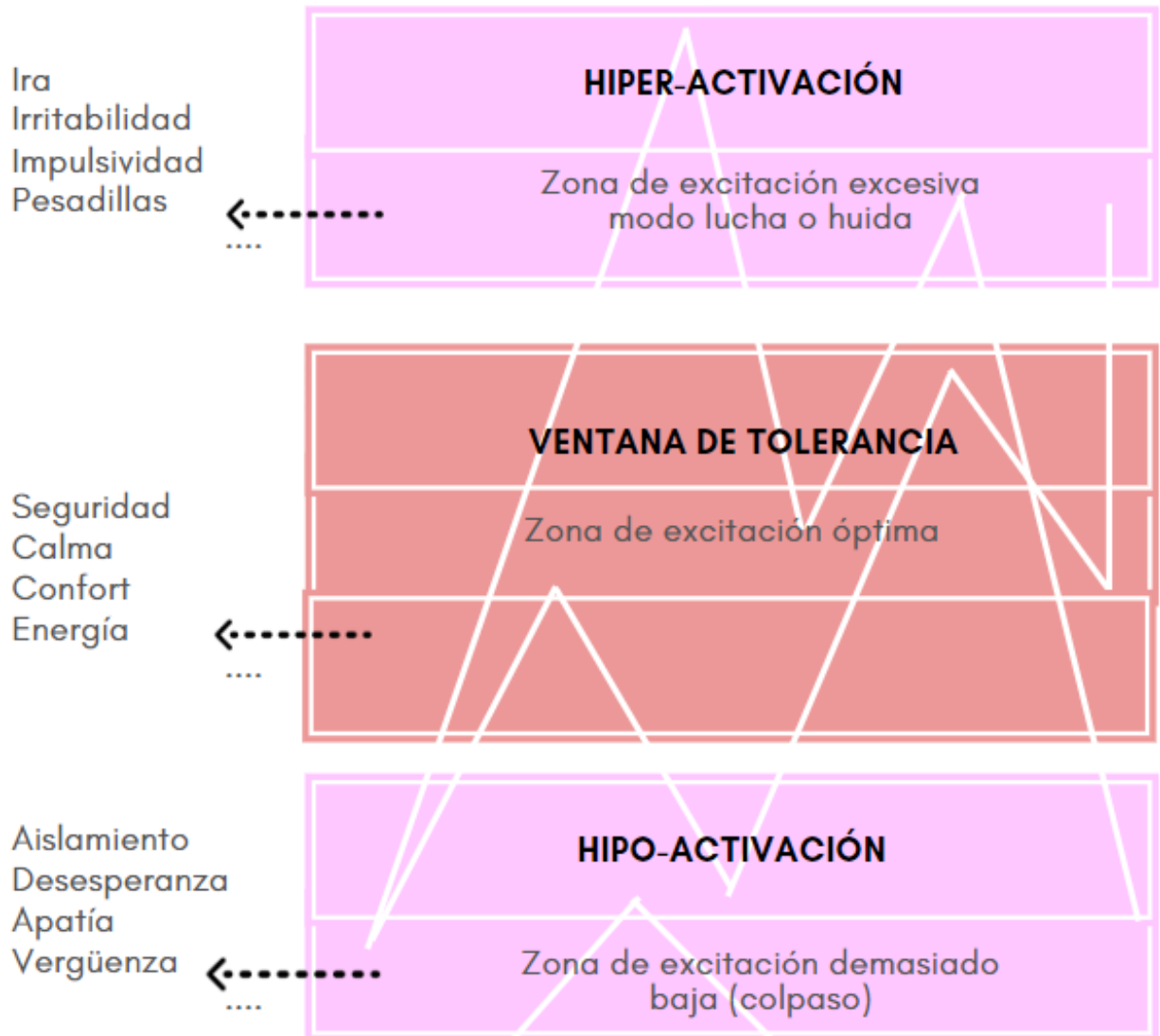
Ahora, párate y piensa *¿Esas sensaciones no son las mismas que puedes estar sintiendo tú en un contexto diferente? ¡Exacto!* Esto significa que las sensaciones físicas por sí solas NO son el problema, sino la interpretación que le das a tus sensaciones físicas, que hacen que te asustes, que estés incomoda, que pienses que algo malo va a pasar. Por lo tanto, el contexto es el que modifica tus interpretaciones sobre tus sensaciones físicas.

Recuerda: son tus interpretaciones de las sensaciones físicas las que hacen que te sientas de esta manera.

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 33. Ventana de tolerancia

VENTANA DE TOLERANCIA



Fuente: adaptación de Siegel (1999)

Anexo 34. Visualización

Visualización

A continuación, os invito a que toméis una postura cómoda, cuerpo relajado, brazos relajados, manos encima de las piernas y pies posados en el suelo. Cuando te sientas preparado respira profundamente un par de veces, inhalando por la nariz y exhalando por la boca... inhala... exhala... inhala... exhala... inhala... y con la siguiente exhalación... cierra los ojos y permite que la respiración vuelva a su ritmo natural.

Fíjate si hay algún punto de tensión en alguna parte de tu cuerpo.... (en cuello, en la cara, brazos, piernas...). Ahora te voy a pedir que seas capaz de ponerle **color** a esa sensación física, **olor** esa sensación física, **palabra** a esa sensación física, **peso** a esa sensación física...

Imagina que puedes coger a esa sensación física, que la puedes tocar, apretarla con las manos, tirar al suelo... párate y sácala fuera de ti, mírala con detenimiento, ¿Qué estás sintiendo en estos momentos? ¿Eres capaz de ponerle nombre?

Vuelve a sentirla dentro de tu cuerpo durante unos segundos.... (10 seg.) y repite una vez más esa sensación de pararte a observarla fuera de ti, a mirarla, *¿Dónde te resulta más cómodo tenerla? ¿Has notado algo diferente? ¿Qué pensamientos han venido a tu cabeza?* Nota como estos también influyen en la intensidad de tus sensaciones corporales.

Tómate un momento para disfrutar de esa sensación, sabiendo que en ocasiones puede aparecer o continuar dentro de ti, y en otras, estará fuera. Es algo que puedes recordar durante el día ese **color, olor, palabra, peso**..., pero permitiéndote mantener esa sensación y conectar con ella.

Poco a poco y a tu ritmo, vamos a ir conectando con el momento presente, realiza las dos últimas respiraciones profundas y cuando te sientas preparado puedes ir abriendo los ojos.

¿Cómo te sientes? Tómate un momento si puedes, para observar que sensaciones diferentes notas en tu cuerpo.

Fuente: elaboración propia

Anexo 35. Mis sensaciones visuales

Mis sensaciones visuales

- 1. ¿Con qué *color* han relacionado la sensación/es física/s?, ¿Por qué ese color y no otro?**
- 2. ¿Qué te transmite ese color?**
- 3. ¿Con qué *olor*?, ¿A qué les recuerda ese olor?**
- 4. ¿Qué *sensaciones físicas* te despierta ese olor?**
- 5. ¿Con que *palabra* definirían la sensación física?**
- 6. ¿Cuánto *pesa* la sensación física?, ¿Por qué ese peso?**
- 7. ¿Le podrías dar otra cantidad de peso? ¿Cuál?**
- 8. ¿Qué sensaciones ha experimentado su cuerpo?**
- 9. ¿Qué pensamientos has tenido?**

Fuente: elaboración propia

Anexo 36. Psicoeducación de la exposición emocional

¿Qué es la exposición emocional?

Hasta ahora, en el programa de intervención has ido aprendiendo a prestar atención a los tres componentes de las emociones utilizando la conciencia emocional plena. Haciendo un barrido del principio hasta ahora, has adquirido habilidades para responder a los pensamientos (mediante la flexibilidad cognitiva y la defusión cognitiva), a las conductas (generando otras conductas alternativas a la evitación emocional y siendo consciente de las consecuencias a corto y a largo plazo) y a las sensaciones físicas (mediante el afrontamiento, la tolerancia y permitiéndote conectar con ellas, en vez de evitarlas). Pero **¡CUIDADO!** Es última fase, es una de las más importantes para poder construir sobre las habilidades que has estado trabajando hasta ahora. Ya que durante las exposiciones emocionales te voy a pedir que te enfrentes de manera repetida a situaciones o actividades que te hagan experimentar emociones muy intensas, dotándote así de estrategias de afrontamiento cuando sientes sintiendo estas emociones elevadas. Parte y piensa ¿Podrías aprender a conducir leyendo un libro o diciéndote a ti mismo “*tu puedes*”? Sería muy difícil ¿no? Lo mismo ocurre aquí, será muy difícil, por lo tanto, debes de practicar habilidades para aprender realmente a ver cómo se utilizan.

Las *exposiciones emocionales* son importantes para cambiar el modo de cómo te sientes y responden a tus emociones por las siguientes razones:

1. Los pensamientos e interpretaciones que tienes sobre lo peligro que puede ser una situación (interna o externa) empiezan a cambiar y a generar nuevas interpretaciones más adaptativas.
2. Evitar emociones tiene consecuencias negativas, que estas pueden quedarse a largo plazo, por ello es de utilidad hacerles frente y tolerarlas de forma positiva.
3. Puedes identificar y modificar las conductas emocionales por otras alternativas con mejores resultados.

Por ello, las exposiciones emocionales están diseñadas para ti (cada persona tendrá la suya propia) para provocar sus respuestas emocionales intensas en aquellas situaciones que hasta el momento has evitado. Te has dotado de todas las habilidades necesarias para ir afrontando tus emociones, ahora solo te queda el último ingrediente *¿te animas?*

Este nuevo camino será de gran valía, ya que te permitirá afrontar tus reacciones emocionales negativas, evaluar cualquier creencia negativa relacionada sobre las emociones

(por ejemplo, esto durará para siempre, nunca mejorará, tengo que estar siempre con malestar...), tendrás que afrontarlas para ver qué pasa.

Afrontarlas te dotará de:

1. Que cualquier *emoción intensa* que sientas es *pasajera*. Incluso sin realizar conductas de evitación, éstas pueden ir disminuyendo.
2. Que tienes la *capacidad* suficiente para *afrontar las emociones* que experimentes mejor de lo que crees.
3. Que puedes continuar haciendo *actividades o tareas de tu día a día* incluso cuando estés *experimentando tus emociones* o sensaciones físicas.

<p>Recuerda: las exposiciones emocionales pueden serte de utilidad para evaluar tus <i>creencias sobre las emociones</i>.</p>
--

¡Eres un/a valiente por llegar hasta aquí!

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 37. Mi jerarquía emocional

¿Preparado/a? Te animo a que escribas tus situaciones que evitas una y otra vez para no sentir tus emociones intensas o incómodas relacionadas con el proceso de enfermedad oncológico. Piensa en esta jerarquía como si fueras a escalar un árbol, donde las situaciones menos exigentes están en la parte de abajo del árbol y las más exigentes se encuentran en la copa del árbol. Ordena de *menor a mayor* las situaciones más evitadas y el *grado de malestar* que te genera.

No evitación Dudo hacerlo, no evitar A veces evito Normalmente evito Siempre evito

0-----5-----10

No malestar Malestar leve Malestar medio Malestar elevado Malestar extremo

Mi jerarquía emocional				
	Jerarquía	Situación <i>(Describela con detalle)</i>	Evitación	Malestar
Intensidad				
10				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 38. ¿Lo practicamos?

¿Preparado/a? Una vez que has descrito tus situaciones anteriores, te animo a que escojas una de ellas y la analicemos en profundidad para provocar una respuesta emocional a dicha situación. Sé que no es tarea fácil, pero ¡Te ayudaré a ello!

En proceso... de mi exposición	
Explorando mis pensamientos negativos automáticos <i>(Escribe los pensamientos que tiene sobre la exposición)</i>	Mis alternativas a los pensamientos automáticos <i>(Piensa de forma más flexible como podrías cambiar los pensamientos de esta exposición)</i>
Observa tus conductas emocionales que están relacionadas con la exposición <i>(Escribe cuales son las conductas que te impiden exponerte)</i>	Mis alternativas a las conductas emocionales <i>(Observa que otras conductas te permiten exponerte de forma completa a la emoción que experimentas en la exposición)</i>
Mi conciencia emocional	
Recuerda: <ul style="list-style-type: none">♦ No juzgues a las emociones que experimentes en la exposición♦ Permanece anclado en el momento presente durante la exposición <i>(no pienses ni en el pasado ni el futuro)</i>♦ Ponla en práctica en tu día a día <i>(te será de gran ayuda para disminuir esas sensaciones físicas experimentadas)</i>	

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)

Anexo 39. Resumen: Y tras la exposición...

Y tras la exposición...

- ♦ ¿Qué o cuales han sido las *emociones* que has sentido?

Ahora, de cada una de ellas, descomponlas según:

Pensamientos

¿Qué pensamientos tenías?

Sensaciones físicas

¿Qué sentiste en tu cuerpo?

Conductas

¿Qué hiciste?

Mi conciencia emocional

- ♦ ¿Hasta qué punto fuiste capaz de experimentar tus emociones?
(0: nada/ 10: Totalmente) _____
- ♦ ¿Te fue eficaz anclarte en el momento presente? (0: nada/ 10: Totalmente) _____
- ♦ ¿Conseguiste no juzgar a tus emociones? (0: nada/ 10: Totalmente) _____

Flexibilizando mis pensamientos

- ♦ ¿Hasta qué punto fuiste capaz de flexibilizar tus pensamientos durante la exposición?
(0: nada/ 10: Totalmente) _____
- ♦ ¿Y de generar otras alternativas? (0: nada/ 10: Totalmente) _____
- ♦ ¿Y de realizar la defusión cognitiva? (0: nada/ 10: Totalmente) _____

Evitando mis emociones

- ♦ ¿Hasta qué punto fuiste capaz de generar conductas alternativas durante la exposición?
(0: nada/ 10: Totalmente) _____
- ♦ ¿Te resulto eficaz? (0: nada/ 10: Totalmente) _____

Anexo 40. Dibujo o descripción narrativa

Dibujo o descripción narrativa

A continuación, dibujareis o escribiréis de forma descriptiva y narrativa los recursos, estrategias de afrontamiento, actividades... o cualesquiera otras habilidades que os han sido de utilidad y que os lleváis de este programa. Así como, todo aquello que exprese vuestras emociones, sensaciones físicas y conductas experimentadas durante el programa.



Fuente: elaboración propia

Anexo 42. Mantenimiento de logros.

Mantenimiento de logros

Ahora, quiero que utilices este registro para crear un plan de habilidades que te permita mantener los logros adquiridos durante las sesiones de intervención que se han realizado en este programa. A su vez, este te servirá para ponerlo en práctica después de haber finalizado este programa.

Y... una vez finalizada la terapia:					
	Comprendiendo mis emociones	Mi conciencia emocional	Conociendo mis pensamientos	Evitando mis emociones	Afrontando mis sensaciones físicas
¿Cómo vas a conseguir tus objetivos a corto y largo plazo? (Enuméralos)					
¿Qué estrategias utilizarás para practicar esta habilidad y que se mantenga a largo plazo? (Describe tu plan)					
¿Cómo puedes comprometerte a realizar este plan de habilidades?					

Fuente: adaptación de Barlow et al., (2019)