



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Facultad de Psicología
Residencia en Medicina Conductual

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA FAVORECER LA REGULACIÓN
EMOCIONAL EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
CÁNCER.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
Sol Fernández Rodríguez

TUTOR PRINCIPAL
Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Facultad de Psicología

Dra. Gabriela Tercero Quintanilla
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Dra. Aime Edith Martínez Basurto
Facultad de Psicología

Dra. Leticia Ascencio Huerta
Facultad de Psicología

Ciudad Universitaria, CDMX, Noviembre 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El presente trabajo va dedicado a mi padre,
Alfredo Fernández De la Torre,
quien ya no está conmigo físicamente,
pero cuyas enseñanzas seguirán guiando
mi vida personal y profesional.
Te extraño mucho, papá.

Agradecimientos

Una vez más a la vida (mi Dios), por dejarme seguir creciendo para jugar este papel, rodearme de quienes me rodeo, tener lo que tengo, y poder utilizar todos los elementos y herramientas que poseo para ayudar a quién me necesite.

A mis padres, porque ellos construyeron los cimientos de todo lo que soy. Aunque mi padre no vio la conclusión de este proyecto sé que de una u otra forma estará conmigo. "I am everything I am because you loved me".

A Gerardo Arriaga, porque sin su amor y su apoyo me hubieran faltado fuerzas para seguir escribiendo. Te amo.

A mi familia, por estar ahí siempre y más en estos tiempos complicados.

A mi tutor, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su tiempo, apoyo y consejos que me permiten seguir creciendo profesionalmente.

A mis sinodales, la Dra. Gabriela Tercero, la Dra. Aime Basurto, la Dra. Mariana Gutiérrez y la Dra. Leticia Ascencio, por su tiempo y sus valiosos comentarios que enriquecieron este proyecto.

A la Dra. Gabriela Tercero Quintanilla, por permitirme trabajar con ella en el servicio de oncología, por sus consejos, enseñanzas y su apoyo a lo largo de todo el proceso.

A los médicos, enfermeras y trabajadores sociales del Hospital Infantil de México, por hacerme sentir parte de su equipo y por el conocimiento compartido a lo largo de este tiempo.

A mis maestros de la maestría, por todo el conocimiento que me brindaron y la posibilidad de seguir creciendo y desarrollándome personal y profesionalmente.

A mis amigos de siempre, mi banda, mi gente, la familia que yo escogí. Sin ustedes y su apoyo nada de esto hubiera sido posible. Son y siempre serán muy importantes para mí.

A Patricia Mendoza, por ser mi compañera de aventuras en el hospital y en la maestría, por todo su apoyo y amistad a lo largo de todos los procesos, sus enseñanzas y los nuevos proyectos.

A Valentina Souza, porque sin su apoyo y cariño todo sería más difícil. Te amo hermana.

A Flisi, por siempre estar cuando te necesito, en las buenas y en las malas. "Hasta el doctorado y más allá..."

A Teso, por ayudarme a que la vida sea más sencilla con cariño sincero.

A Pandi, por siempre estar cuando te necesito.

A los niños del Hospital Infantil de México, a quienes les debo mi crecimiento personal y como profesionista, por enseñarme a luchar hasta al final, y que aún en la adversidad siempre hay una razón para sonreír.

INDICE

Resumen	6
Introducción	8
Capítulo 1: Cáncer pediátrico11
Tipos de cáncer más comunes	14
Generalidades del tratamiento16
Aspectos psicológicos del diagnóstico de cáncer	20
Capítulo 2: Regulación emocional	29
Concepto y estrategias	29
Desarrollo neurobiológico de la regulación emocional	32
Implicaciones en el bienestar psicológico	36
Intervenciones psicológicas para la regulación emocional	40
Método	49
Fundamentación del estudio	49
Objetivos	51
Participantes	51
Diseño	53
Variables	54
Instrumentos	55
Materiales	58
Consideraciones éticas	59
Procedimiento	59

Análisis de datos	64
Resultados	65
Análisis pre-post intervención	65
Análisis a través del tiempo	66
Discusión	78
Referencias	83
Anexos	95

Resumen

El cáncer infantil es una enfermedad con una alta tasa de incidencia en México y tiene consecuencias emocionales negativas, no sólo en los niños diagnosticados, sino en sus cuidadores y en otros miembros de la familia. El presente estudio describe una intervención cognitivo-conductual para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa. Un objetivo adicional fue explorar sus efectos en la regulación emocional, los estilos de crianza y los estilos de afrontamiento en los cuidadores primarios de los niños diagnosticados. Participaron los cuidadores primarios de nueve pacientes, en comparaciones intra-sujeto con diseño N=1. Los resultados mostraron decremento en sintomatología ansiosa en siete participantes con un coeficiente NAP (Non-overlap of All Pairs) equivalente a un efecto de medio a fuerte. La sintomatología depresiva de ocho participantes mejoró con un efecto de medio a fuerte. Los análisis pre-post intervención revelaron diferencias significativas ($p < .05$) en dos dimensiones de la escala de problemas de regulación emocional: falta de claridad de las reacciones emocionales, no aceptación de la respuesta emocional. El principal resultado sobre estilos de crianza reveló diferencias en la variable de rigidez en las prácticas.

Palabras clave: cuidadores, niños, cáncer, ansiedad, depresión, crianza

Abstract

Childhood cancer is a high-incidence disease in Mexico and has negative emotional consequences, not only for the diagnosed children but also for their caregivers and other family members. The present study describes a cognitive-behavioral intervention to decrease depressive and anxious symptoms in these children's primary non-professional caregivers. An additional objective was to explore its effects on emotional regulation, parenting styles and coping styles in these caregivers. The primary caregivers of nine patients participated, through intra-subject comparisons with an N=1 design. Results showed a decrease in anxiety symptoms in seven participants with a NAP (Non-overlap of All Pairs) coefficient equivalent to a medium to strong effect. The depressive symptomatology of eight participants improved with a medium to strong effect. Pre-post intervention analyses revealed significant improvement ($p < .05$) in two dimensions of emotional regulation: lack of clarity of emotional reactions and non-acceptance of the emotional response. The main result on childrearing styles revealed differences in rigidity variable in parenting practices.

Key words: caregivers, children, cancer, anxiety, depression, parenting

Introducción

El cáncer es una enfermedad que se ha vuelto un problema de salud prioritario a nivel mundial, puesto que su tasa de incidencia es alta y es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. En México, según el INEGI (2015) el cáncer infantil es la segunda causa de muerte en niños de entre 5 y 14 años, antecedida por los accidentes, y es la principal causa de muerte por enfermedad.

Se trata de una enfermedad en la que ocurre un desgaste psicológico continuo a lo largo del proceso por la cantidad de demandas y cambios que implica en la familia y en el niño enfermo. Las investigaciones sugieren que el momento del diagnóstico suele ser uno de los más críticos del proceso (Kearney, Salley, & Muriel, 2015; Muscara et al. 2015; van Warmerdam et al. 2019). En el caso particular de los padres, la sintomatología psiquiátrica que suelen presentar durante el diagnóstico y a lo largo del primer mes de tratamiento usualmente corresponde a cuadros depresivos, ansiedad y estrés postraumático (Dolgin et al. 2007; Katz et al. 2018; Patiño-Fernández et al. 2008; van Warmerdam et al. 2019).

Los problemas psicológicos y de desarrollo preexistentes en los pacientes y en cualquier miembro de la familia suponen un problema importante en la adaptación a la enfermedad. Algunas familias cuentan con recursos emocionales que les permiten adaptarse adecuadamente a la situación de enfermedad; sin embargo, otras familias pueden presentar dificultades y falta de recursos emocionales, incluso antes del diagnóstico, que tienen como consecuencia un desequilibrio emocional crónico en varios niveles (Alderfer, Kazak & Sheposh, 2006).

Los recursos emocionales hacen referencia a las estrategias que ocupa un individuo para regular su experiencia emocional y su conducta; a estos recursos se les conoce en la literatura como *estrategias de regulación*

emocional. La *regulación emocional* se refiere a la forma en la que los individuos influyen en las características de las emociones que experimentan como intensidad, duración, y tipo de emociones, así como las situaciones sobre las cuales ellos experimentan determinada emoción y como se expresarán dichas emociones (Gross, 2015); dicha regulación puede ser un proceso intencionado o automático. Por el contrario, las personas que experimentan lo que se conoce como *desregulación emocional* experimentan dificultades para afrontar las experiencias y/o procesar las emociones (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011).

Cuando se diseña o se ejecuta una intervención en los niños diagnosticados con cáncer, se hace necesario extender o diseñar una intervención dirigida específicamente a los cuidadores primarios debido a que estos tienen una influencia directa en la regulación emocional de los niños. Esta influencia es ejercida a través de las intervenciones y estrategias parentales (como las reacciones a las emociones del niño, instrucciones específicas de la regulación emocional y conversaciones acerca de la emoción) y la influencia de un clima emocional más amplio en casa (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009).

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos de una intervención diseñada para los cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cáncer. Clínicamente y educativamente el estudio tuvo el objetivo principal de dotar al cuidador de herramientas y conocimientos para afrontar las dificultades y cambios a los que se ve sometido en el proceso del tratamiento. Otro objetivo fue identificar, aceptar y resignificar la experiencia emocional durante esta fase. La intervención se instrumentó con usuarios del Hospital Infantil de México Federico Gómez, quienes eran cuidadores primarios de niños diagnosticados con enfermedad oncológica en el periodo de enero de 2019 a septiembre de 2019.

En el capítulo 1 se exponen los antecedentes más importantes del cáncer infantil en nuestro país y a nivel mundial. Se explican los procesos psicológicos más significativos por los que atraviesan las familias y los pacientes con cáncer, de tal manera que el lector obtenga un panorama lo más amplio y completo de qué implica vivir con esta enfermedad. El capítulo 2 profundiza sobre la regulación emocional y las estrategias predominantes, su implicación en los trastornos psicológicos y somáticos, y un breve resumen de las estrategias que se utilizan actualmente en diversos enfoques psicoterapéuticos. En la sección de método se hace una descripción detallada de los procedimientos y estrategias de medición y psicoterapéuticas utilizadas. En los resultados se expone lo obtenido tanto a nivel de mediciones pre-post como en mediciones a través del tiempo para finalmente analizar y evaluar las contribuciones y limitaciones del presente proyecto.

Capítulo 1: Cáncer pediátrico

Para el fin del presente proyecto resulta útil conocer las características generales de la enfermedad, así como las características particulares del tipo de cáncer que se presenta en cada paciente. De esta manera las intervenciones se ajustan a las necesidades en términos de tiempo (influenciado por el pronóstico), y se anticipan a las situaciones por las que atravesará el paciente (cirugías, sesiones de radioterapia, etc.) y los posibles efectos secundarios (náuseas, mucositis, alopecia etc.). Esto permite modificar los protocolos y hacer una intervención más precisa que responda a las problemáticas específicas que se presentan.

En el presente capítulo se describirán las características del cáncer pediátrico, los tratamientos y sus efectos secundarios, así como las problemáticas más frecuentes que aquejan a los pacientes y sus cuidadores primarios.

La enfermedad de cáncer, también conocida frecuentemente como *tumor maligno* o *neoplasia maligna* es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento anormal de células que afectan el funcionamiento habitual de los órganos afectados, y que puede extenderse a otras partes del cuerpo mediante un mecanismo conocido como *metástasis* (OMS, 2015). Se trata de una enfermedad con un patrón genético muy complejo en el que interviene el efecto modificador del medio ambiente. Aunque las causas sean esporádicas o hereditarias, se dice que el cáncer es una enfermedad genética en tanto el patrón genético de la célula normal se ve alterado cualitativa y cuantitativamente (Patiño García & Sierrasesúmaga, 2006).

A lo largo de los años, la enfermedad se ha convertido en un problema de salud prioritario a nivel mundial, puesto que su tasa de incidencia es alta y es una de las principales causas de mortalidad en

todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2019) estima que en el año 2015 murieron aproximadamente 8.8 millones de personas en el mundo a causa de esta enfermedad. La tasa de mortalidad es mayor en los países de ingresos medios y bajos; el 70% de las muertes por cáncer se producen en África, Asia y Latinoamérica (OMS, 2019).

En México, según el INEGI (2015) el cáncer infantil es la segunda causa de muerte en niños de entre 5 y 14 años, es la principal causa de muerte por enfermedad precedida sólo por los accidentes. Los casos de adolescentes de 15 a 19 años tienen la mayor tasa de mortalidad en México. La tasa de incidencia nacional es de 89.6 por millón y el grupo etario con la tasa de incidencia más grande es de 0 a 4 años de edad con 135.8 por millón. La sobrevivencia estimada para el cáncer en nuestro país es del 57.5% en comparación a un 90% en los países de ingresos altos (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2019). El 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad. Se estima que anualmente existen entre 5,000 y 6,000 casos nuevos de cáncer en menores de 18 años; entre los que destacan principalmente las leucemias, que representan el 48% del total de los casos; linfomas el 12% y los tumores del sistema nervioso central el 9% (Shalkow, 2017).

La etiología de esta enfermedad es multifactorial; es decir que su desarrollo y progresión va a estar sujeto a la interacción de diversos agentes externos e internos, por lo que en lugar de hablar de agentes etiológicos directos se habla de factores de riesgo. Se han descrito en diversas investigaciones algunos factores de riesgo que se asocian con la aparición de la enfermedad (Acha García, 2007; Ferrís et al., 2006). Estos agentes pueden ser físicos (radiaciones ionizantes, de tipo ultravioleta y electromagnéticas), químicos (benzopirenos, alquitranes, nitrosaminas, etc.), farmacológicos (fármacos alquilantes, hormonas, inmunosupresores), biológicos (virus, bacterias y parásitos) y factores

genéticos. El cáncer infantil se asocia de manera importante con los dos últimos factores (Acha García, 2007). Recientemente se incorporaron factores de riesgo conductuales que se asocian con un tercio de las muertes provocadas por esta enfermedad; los factores identificados son el índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol (OMS, 2019).

La aparición del cáncer pediátrico puede darse a lo largo de los diferentes periodos evolutivos del desarrollo: preconcepcional y concepcional (células germinales), transplacentario (feto) y postnatal (recién nacido y todo el periodo pediátrico). Las acciones de los cancerígenos en cualquiera de los tres momentos evolutivos pueden desarrollar un cáncer, no sólo en la edad pediátrica, sino también en la edad adulta dependiendo del periodo de latencia (Ferrís et al., 2006).

El diagnóstico de la enfermedad se realiza mediante diversos métodos que permiten la temprana detección de la enfermedad (Acha García, 2007). La detección temprana es fundamental puesto que puede reducir significativamente la mortalidad y aumentar la calidad de vida de los pacientes. El tipo de procedimiento diagnóstico que se utilice va a depender del tipo de cáncer que se presente. Los procedimientos se suelen dividir en:

- Exámenes de laboratorio (alfafetoproteína (AFP), catecolaminas urinarias, fosfatasa alcalina, LDH (láctico-dehidrogenasa)).
- Estudios radiológicos (ecografía y doppler, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía computarizada por emisión de positrones (SPECT)).
- Estudios anatómo-patológicos (cribados, biopsias).

Estos estudios también se realizan de manera preventiva con el objetivo de encontrar lesiones precancerosas que aún no tienen síntomas

manifiestos pero que con el transcurso del tiempo pueden transformarse en lesiones de tipo cancerígeno (OMS, 2019).

Aunque se reconoce que el diagnóstico temprano es fundamental para el pronóstico, éste sigue siendo un problema mundial. La Organización Mundial de la Salud (2019) informó que, en 2017, sólo el 26% de los países con ingresos bajos cuentan con los servicios de patología necesarios para esto en sus sistemas públicos de salud.

Tipos de cáncer más comunes

El cáncer puede clasificarse en dos grandes ramas que se subdividen dependiendo del tipo de célula afectada: a) los tumores sólidos y b) las leucemias. El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (2019) informó que los tres tipos más comunes de cáncer pediátrico en México son las leucemias con una incidencia del 48%, los linfomas con 12% y los tumores del sistema nervioso central con 9%. Cuando se analiza la información por grupo etario, los niños de 0 a 4 años tienen una mayor incidencia en tumores del sistema nervioso periférico (neuroblastoma), retinoblastoma, tumores renales y tumores hepáticos; los adolescentes presentan una mayor incidencia de osteosarcomas y pueden comenzar a aparecer tumores que se presentan con mayor frecuencia en adultos como los tumores del sistema gastrointestinal (Shalkow, 2017).

El pronóstico para cada tipo de cáncer va a depender del estadio en que se diagnostique la enfermedad y la respuesta global al tratamiento. Para la clasificación de los tumores sólidos existe el “Sistema de Estadificación TNM”, que considera tres factores: extensión tumoral, implicación de ganglios linfáticos y la presencia de metástasis (Pappo, Rodriguez-Galindo & Furman, 2011); la estadificación se identifica con números del I al IV donde el I corresponde a un tumor localizado en un área muy específica, mientras que el IV corresponde a

una extensión tumoral que compromete el funcionamiento de órganos adyacentes y distales al tumor primario.

Las leucemias tienen sus propias clasificaciones dependiendo del tipo de célula que afectan. Un subtipo son las leucemias linfoblásticas agudas (LLA) que se caracterizan por la proliferación y el crecimiento descontrolado de células linfoides inmaduras (Paredes Aguilera, 2007). El sistema de clasificación del grupo franco-americano-británico (FAB) divide los linfoblastos en tres categorías por lo que hay tres tipos conocidos como L1, L2 y L3 (Paredes Aguilera, 2007); la diferencia radica en la morfología de la célula afectada. Un segundo subtipo son las leucemias mieloides agudas (LMA) que se caracterizan por la proliferación y el crecimiento descontrolado de células mieloides inmaduras (Paredes Aguilera, 2007); su clasificación es morfológica al igual que en las leucemias linfoblásticas y está numerada del 0 al 7 (Imbach, Kühne & Arceci, 2011).

En el mundo las leucemias tienen una mayor probabilidad de supervivencia que el resto de los tipos de cáncer pediátrico, generalmente se habla de un 70% a un 80% de sobrevida (Margolin, Rabin, Steuber, & Poplack, 2011). En México, el porcentaje global de sobrevida a 5 años es poco más del 50% y los tipos de cáncer con mejor pronóstico son los tumores germinales gonadales, los linfomas y los tumores renales, los tres con porcentajes de sobrevida arriba del 70%. Los tumores que tienen los pronósticos más reservados son los tumores óseos, los tumores del sistema nervioso central y los sarcomas de tejidos blandos (Shalkow, 2017).

Generalidades del tratamiento

En la enfermedad oncológica existen tres tipos básicos de tratamiento: la administración de quimioterapia, la cirugía y la radioterapia. Los tratamientos se eligen dependiendo del tipo de cáncer que se presente y la etapa en la que se encuentre.

Quimioterapia

La quimioterapia actúa produciendo necrosis de las células tumorales en el tumor primario (tratamiento local) y sobre las metástasis a distancia (a veces micrometástasis no detectables clínicamente) (Acha García, 2007). Los fármacos empleados son los mismos que se utilizan en el cáncer de adultos, y cada uno tiene diferentes mecanismos de acción según la fase del ciclo celular en la que actúan. En la actualidad se habla de *esquemas* de quimioterapia, que hacen referencia a la administración de múltiples fármacos dispuestos en distintas combinaciones, de tal forma que se obtenga la máxima muerte de células cancerosas, cubriendo un espectro más amplio de resistencias celulares y previniendo el desarrollo de nuevas resistencias (Aldaz, Giráldez, Idoate & Sierrasesúmaga, 2006).

Los fármacos se administran de forma intravenosa, sin embargo, los médicos y enfermeras se enfrentan a la progresiva dificultad de obtener vías periféricas en pacientes pediátricos. Este hecho hace que sea necesaria la utilización de depósitos venosos subcutáneos (catéteres) para la administración de quimioterapia, especialmente en pacientes que deban ser sometidos a tratamiento durante largos periodos.

La quimioterapia viene acompañada de múltiples complicaciones porque, a pesar de que está diseñada para atacar células con características específicas, también ataca células sanas del cuerpo. Una de las problemáticas más frecuentes que aquejan a la mayoría de los

pacientes son las náuseas y los vómitos. Ciertos fármacos tienen un potencial emetógeno (vomitivo) superior a otros, por lo que es importante considerar el grado de emeticidad del fármaco al momento de trabajar con un paciente con cáncer (Del Moral Romero, Uberos Fernández & Muñoz Hoyos, 2007).

Otra consecuencia observada con regularidad en los niños es la mucositis; esta se refiere a la pérdida del epitelio del revestimiento y la generación de úlceras en la mucosa oral e intestinal, produciendo consecuentemente alteraciones de la deglución, dolor intenso, diarrea, entre otros; la intensidad de los síntomas puede estar determinada por la localización y la extensión (Del Moral Romero et al., 2007).

La alopecia es el efecto secundario más evidente de la quimioterapia. Como se mencionaba anteriormente, las drogas utilizadas en el tratamiento antineoplásico destruyen cualquier célula que se multiplique velozmente. Las células del pelo se multiplican con rapidez, por lo que también son atacadas; sin embargo, la alopecia es un efecto transitorio que desaparece cuando se deja de recibir el fármaco que la provoca (Farberman, 2010).

Cirugía

El tratamiento quirúrgico incluye la colocación de catéteres para la administración de quimioterapia, la extirpación definitiva del tumor o en la realización de una biopsia, donde sólo se toma un fragmento del tumor para analizar sus características. La resección de tumores debe hacerse con mucha precaución para evitar la diseminación tumoral, ya que esto puede convertirse en un factor que favorezca la metástasis; además, se tienen que valorar los órganos y crecimientos anormales adyacentes (Acha García, 2007).

Radioterapia

La tercera opción terapéutica es la radioterapia; se trata de un tipo de tratamiento que opera a nivel local, actuando a nivel del tumor primario fundamentalmente (Acha García, 2007). En términos biológicos, la acción de la radioterapia provoca la destrucción celular en los tejidos. Los efectos de la radiación sobre la célula son consecuencia del daño sobre el ADN celular, ya sea en forma directa sobre la cadena de ADN o de forma indirecta, a consecuencia de la acción de radicales libres resultantes de la ionización de las moléculas de agua (Aristu, Moreno, Ramos & Martínez Monge, 2006).

El tratamiento con radioterapia en pacientes pediátricos requiere consideraciones especiales como puede ser la inmovilización durante la sesión de tratamiento, cuya duración promedio es de 15 minutos, pero puede variar dependiendo de las características de la zona a radiar. Lo anterior supone un factor importante a tomarse en cuenta porque es necesario que el paciente sea tratado en la misma posición durante todas las sesiones, de lo contrario, se introducen variables en la anatomía interna y externa del paciente que añaden incertidumbre de infra o supradosificación (Aristu et al., 2006).

La inmovilización de los pacientes con tumores localizados en la cabeza y cuello suele realizarse con mascarillas o moldes termoplásticos, y colchones de gránulos de polietileno moldeables al vacío son utilizados para tumores localizados en tórax, abdomen o extremidades. En pacientes pediátricos de edad menor a los 3-5 años se recurre con frecuencia a la aplicación de técnicas de sedación, de mayor o menor intensidad, para conseguir una buena inmovilización. En niños mayores de 5 años generalmente se logra su colaboración después de un periodo de adaptación y familiarización con los dispositivos utilizados en la radiación (Aristu et al., 2006).

En la actualidad se tiende a encuadrar este tipo de tratamiento dentro de un enfoque multimodal que puede incluir los tres elementos terapéuticos. Sin embargo, esto depende del tipo de cáncer a tratar porque existen tipos de tumores que no son sensibles a la radiación y no son candidatos a este tipo de tratamientos. La interacción entre la radioterapia y quimioterapia es compleja, pero los resultados de su asociación suponen una mejora en el índice terapéutico, especialmente cuando se logra combinar dosis casi plenas de ambos tratamientos (Aristu et al., 2006).

Aspectos psicológicos del diagnóstico de cáncer

El momento del diagnóstico suele ser uno de los más críticos del proceso. Habitualmente, se trata de niños previamente sanos que comienzan con síntomas que no necesariamente hacen sospechar a los padres de la presencia de una enfermedad grave. Frente al diagnóstico, suelen observarse reacciones de incredulidad, miedo, ansiedad, y depresión (Kearney, Salley, & Muriel, 2015; McCaffrey, 2006; Muscara et al., 2015; van Warmerdam et. al, 2019), tanto en los niños enfermos como en los otros miembros de la familia.

En el caso particular de los padres, ellos pueden experimentar sentimientos de culpa, estado de shock, confusión, desesperanza, enojo, además del miedo (Nóia et al., 2015; van Warmerdam et al. 2019). La culpa puede surgir debido a que los padres se perciben como los cuidadores del niño, en quienes cae la responsabilidad de mantenerlo sano, libre de dolor, y el hecho de que el niño enferme y su vida esté en riesgo los hace cuestionar este papel.

La culpa suele expresarse con pensamientos reiterativos, conocidos como *rumiación* (Cernvall et al., 2016), acerca de las cosas que pudieron haber hecho ellos mismos para causar la enfermedad (e.g. el no haber cuidado la dieta de sus hijos), o bien, conceptualizar la enfermedad de sus hijos como un castigo por algo que hicieron que no necesariamente tiene que ver con el niño (e.g. ingestión de alcohol o drogas) (Wiener et al., 2011). La sintomatología psiquiátrica que presentan los padres durante el diagnóstico y a lo largo del primer mes de tratamiento usualmente corresponde a cuadros depresivos, ansiedad y estrés postraumático (Dolgin et al., 2007; Katz et al., 2018; Patiño-Fernández et al., 2008; van Warmerdam et al., 2019). El enojo suele canalizarse hacia los médicos u otros miembros del personal de salud,

lo cual, a veces dificulta la adecuada atención de la enfermedad y las implicaciones en los tratamientos.

Los niños pasan por un proceso similar al de sus padres, pero su respuesta inicial al diagnóstico y el proceso de adaptación dependen de ciertas variables (Méndez, 2007):

- a) Variables personales: incluyen la edad del niño, su nivel de desarrollo en metas cognitivas, motoras y sociales de cada etapa, y el grado de comprensión de la enfermedad; favorecido o no por la actitud ante la comunicación del diagnóstico.
- b) Variables propias de la enfermedad: tipo de cáncer, el pronóstico y fase de la enfermedad con etapas diferenciadas; el diagnóstico, el tratamiento, las recaídas y el desenlace: la supervivencia o la muerte del niño.
- c) Variables ambientales: la adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, las características del funcionamiento familiar, la presencia de otros estresores concurrentes, el apoyo social y económico que se tengan y el medio sociocultural.

Los problemas psicológicos y de desarrollo preexistentes en los pacientes y en cualquier miembro de la familia suponen un problema importante en la adaptación a la enfermedad. Estos problemas pueden ser trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, psicosis, trastornos de personalidad graves, abuso de sustancias, discapacidad intelectual grave, déficit de atención con hiperactividad (Muscara et al., 2015). Cualquier enfermedad psiquiátrica que haya estado controlada por tiempo prolongado puede reactivarse debido al nivel de estrés y los desajustes emocionales que se producen ante el diagnóstico de cáncer (Kearney, Salley, & Muriel, 2015).

Algunas familias, que cuentan con suficientes recursos emocionales para adaptarse adecuadamente a la situación de enfermedad, pueden mostrar niveles más altos de cohesión familiar y un fortalecimiento en los vínculos generados entre los miembros de la familia. Sin embargo, otras familias que desde antes del diagnóstico presentan dificultades en la comunicación, pocos recursos emocionales para adaptarse adecuadamente y vulnerabilidades sociales, pueden sufrir un desequilibrio emocional crónico en varios niveles (Alderfer, Kazak & Sheposh, 2006).

Una forma de regular las primeras reacciones emocionales es hablar acerca del diagnóstico de forma clara y comprensible para todos y resolver las dudas al respecto de la enfermedad, los tratamientos y los cuidados que se deben tener dentro y fuera de casa. Diferentes autores coinciden con que es importante que un niño conozca su diagnóstico y sus implicaciones, de una forma apropiada para su edad y nivel de desarrollo (Clarke, Davies, Jenney, Glaser & Eiser, 2005; Kupst & Bingen, 2006; Méndez, 2007; Patenaude & Kupst, 2005; Wiener, Hersh & Alderfer, 2011).

Algunos autores (Kaplan, 1981; Kupst & Bingen, 2006; Méndez, 2007; Patenaude & Kupst, 2005) proponen que los médicos deben ser los encargados en mantener una buena comunicación con la familia y el paciente al momento del diagnóstico para evitar el abandono por falta de comprensión de las implicaciones de la enfermedad. Así mismo, se busca fortalecer la confianza entre el personal médico y los pacientes al momento en que a éste se le explica de forma honesta los tratamientos y procedimientos, facilitando la cooperación del niño y logrando que la ansiedad disminuya (Badarau et al., 2015).

Otros autores (Wiener, Hersh, & Alderfer, 2011) proponen que idealmente deberían ser los padres quienes expliquen el diagnóstico a

sus hijos, pero procurando tener supervisión de alguien experto para evitar información errónea o confusa. En algunas ocasiones los padres, en un intento por “proteger” a sus hijos de un diagnóstico tan abrumador, dan explicaciones que no corresponden con lo que sucede en realidad, y que pueden tener un impacto posterior en la forma en que el niño vive la enfermedad (Rodríguez et al. 2016). Mientras más pronto se dé el diagnóstico al niño, es menos probable que se vayan generando fantasías en torno a la enfermedad, que puedan tener repercusiones en la adaptación a la misma (Arabiat, Collyer, Hamdan-Mansour, Khalil, & Darawad, 2018).

El estrés por el recién diagnóstico es especialmente elevado los primeros días y suele disminuir de manera importante al cabo de una o dos semanas (Okado, Tillery, Sharp, Long, & Phipps, 2016). Al principio, los pacientes y sus familiares buscan explicarse “por qué” ocurrió la enfermedad; posteriormente, aquellos que logran una razonable adaptación a la fase inicial comienzan a preguntarse “cómo” van a sobrellevar los desafíos que conlleva la enfermedad. Por esta razón, se recomienda que en la etapa inicial los profesionales de la salud mental (principalmente psicólogos y psiquiatras) ofrezcan algún espacio terapéutico con dos objetivos principales: (1) propiciar la expresión emocional y cognitiva con el fin de aliviar la sensación de agobio, y (2) favorecer el pensar con mayor serenidad sobre las sensaciones e ideas amenazadoras que inundan a los pacientes y a sus padres (Farberman, 2010).

Después del diagnóstico del niño, los padres se enfrentan a demandas nuevas. Además de las interrupciones en las rutinas personales y familiares, necesitan mantener su empleo y ocuparse de las responsabilidades del hogar. La familia requiere prepararse para un tratamiento prolongado y exigente (con duración entre seis meses y tres años de acuerdo al diagnóstico del niño), para el cual es necesario que la

familia se reorganice a fin de poder asistir al hospital a recibir el tratamiento y efectuar los procedimientos. Esto puede resultar problemático cuando ambos padres trabajan, pues uno de ellos debe interrumpir su actividad laboral para dedicarse por completo al hijo enfermo (Patenaude & Kupst, 2005). Generalmente, en las familias que tienen ambos padres, es la madre quien asume el rol de cuidar al niño enfermo por lo que es la que se queda con más frecuencia durante la noche en los periodos de hospitalización y se encarga de llevar al niño a sus citas (Farberman, 2010).

El aspecto económico es, con frecuencia, una de las principales preocupaciones para los padres, sobre todo en países donde hay una tasa alta de pobreza y vulnerabilidad social (Bemis et al., 2015; Wiener et al., 2011). El costo del tratamiento puede dividirse entre los recursos destinados específicamente al tratamiento médico (cuotas de recuperación hospitalaria, medicamentos, etc.) y los no asociados directamente al tratamiento médico (comidas, ropa, transporte, llamadas de larga distancia, alojamiento temporal en caso de que se viva lejos del hospital). Los padres, en ocasiones, tienen que trabajar menos horas o dejar de trabajar para encargarse por completo del cuidado del niño enfermo. Se observa un decremento en la eficiencia y efectividad en su trabajo debido al dolor y sufrimiento emocional, lo cual puede tener consecuencias en los ingresos familiares (Sultan, Leclair, Rondeau, Burns, & Abate, 2015). En ocasiones, las necesidades de los otros hijos sanos y de los padres dejan de cubrirse parcialmente para cubrir los gastos relacionados al cuidado del hijo enfermo (Tsimicalis, Genest, Stevens, Ungar, & Barr, 2018).

La existencia de otros hijos que también requieren cuidado supone dificultades importantes para la familia. A menudo los padres se ven obligados a buscar en su red social más amplia adultos a cuyo cargo dejarlos, mientras uno de los padres trabaja y el otro acompaña en el

hospital al niño enfermo. Durante el tratamiento, los hermanos sanos pueden experimentar sentimientos de soledad y privación de cuidado parental (Long et al., 2018); esto se debe a que los hermanos pasan menos tiempo con los padres y esto puede conllevar a que se cuestionen si siguen siendo queridos por ellos. Los hermanos pueden sentir resentimiento o celos por el cuidado especial y la atención de los padres para el niño enfermo lo cual puede, a su vez generar, en éstos, sentimientos de culpa (Long, Marsland, Wright, & Hinds, 2015). Esta situación puede traer consecuencias psicológicas como trastornos depresivos o de ansiedad en los hermanos, y sentimientos de culpa en el niño enfermo (Yang, Mu, Sheng, Chen, & Hung, 2016).

Las familias con un solo padre (padre/madre, soltero(a)) presentan mayores dificultades por la excesiva carga de responsabilidades que recae sobre ellos. Los padres tienen que procurar mantener su empleo, cuidar a todos los hijos, administrar el hogar y las finanzas, además de cuidar al niño enfermo, entre otras tareas. Éstas resultan abrumadoras si no se cuenta con apoyo de familiares y amigos en los que se les puedan delegar algunas de ellas. Esto puede desembocar en niveles de estrés elevados y el riesgo de desarrollar un cuadro de depresión o de ansiedad generalizada (Bemis, et al. 2015).

Una vez que comienza el tratamiento, los efectos secundarios son un problema que afecta el estado emocional de los niños y sus padres. Uno de los eventos más impactantes para los niños es la caída del cabello la cual es un signo común de la quimioterapia y es de los cambios físicos más evidentes. Este proceso suele mortificar más a las niñas que a los niños, y a los escolares y adolescentes que a los niños muy pequeños (Farberman, 2010; Larouche & Chin-Peuckert, 2006; Wu & Chin, 2003). Los niños pueden sentirse avergonzados de su nueva imagen comparada con la habitual; también los suele mortificar pensar en un posible rechazo de sus pares (Fan & Eiser, 2009).

Las náuseas y los vómitos son de los síntomas más aversivos para los pacientes. Pueden incluso presentarse en ausencia de la medicación que los provoca y experimentarse en forma anticipada (condicionada) cuando el niño tiene que acudir a las consultas hospitalarias. Sin embargo, existen ejercicios de relajación y respiración para mitigar las náuseas anticipatorias, y se pretende que estos sean aplicados en conjunto con fármacos antieméticos (Momani & Berry, 2017).

Los estudios diagnósticos y los tratamientos en sí mismos pueden representar un factor importante de alteraciones psicológicas debido a la exposición constante a estímulos dolorosos (Twycross, Parker, Williams, & Gibson, 2015). Aunque actualmente los estudios diagnósticos como biopsias, punción lumbar y aspirado de médula ósea se hacen con anestesia general, en algunos casos se puede presentar cierto grado de dolor que puede variar de niño a niño desde una ligera incomodidad hasta un dolor grave que requiere tratarse con analgésicos.

Otra problemática importante son los cambios de conducta que pueden presentarse a lo largo del tratamiento en niños y adolescentes. Algunos cambios de conducta pueden estar propiciados por la toma de corticoides, administrados en altas dosis en varios tratamientos oncológicos. Esta medicación actúa en el sistema nervioso central produciendo un estado de apetito voraz, irritabilidad, trastornos del sueño y sintomatología depresiva o de excitación (Titova, 2015). Estos cambios de conducta habitualmente son transitorios y suelen resolverse con la suspensión de la medicación (Farberman, 2010). En casos extremos y poco frecuentes, los corticoides pueden desencadenar cuadros caracterizados por presentar sintomatología psicótica (Titova, 2015).

Existe la posibilidad de que se presenten trastornos de conducta que no tienen relación con los corticoides. Estos cambios conductuales

se producen como consecuencia de modificaciones en las pautas de crianza. Los padres que logran adaptar sus expectativas en cuanto a logros, independencia y responsabilidad, por lo general logran criar personas que serán adultos funcionales y responsables (Williams & McCarthy, 2015). Sin embargo, los sentimientos de culpa, inquietud y ansiedad respecto a la enfermedad interfieren en la habilidad de los padres para hacer esta adecuación (Steele, Long, Reddy, Luhr & Phipps, 2003). Muchos padres muestran una tendencia natural a cuidar a sus hijos de una forma en que se fomenta la dependencia; se muestran demasiado permisivos al momento de impartir disciplina o adoptan actitudes sobreprotectoras, basándose la creencia de que, si el niño siente enojo, frustración o tristeza, las posibilidades de curación podrían disminuir (Farberman, 2010; Titova, 2015).

Algunos niños pueden encontrar sobreprotección en un padre y permisividad en otro, o la misma reacción en ambos padres; estas inconsistencias presentan un desafío a las habilidades del niño para entender y enfrentarse a las situaciones (Alderfer, Kazak, & Sheposh, 2006). La ausencia de límites apropiados puede llevar a que el niño presente una sensación de inseguridad y pérdida de control importantes (Wiener et al., 2011). Se busca que ambos padres encuentren un balance entre la permisividad y la sobreprotección, considerando los riesgos descritos por los médicos, pero dándole al niño cierto grado de libertad para que pueda continuar desarrollándose como persona (Warner, y otros, 2016).

Después de la primera hospitalización es esperable que algunos padres sientan estrés o ansiedad ante el hecho de que sus hijos regresen a casa (Wiener et al., 2011). El ambiente hospitalario se relaciona con un entorno seguro en el que las necesidades médicas y psicológicas de los niños están cubiertas la mayor parte del tiempo, o al menos, el mínimo requerido para la supervivencia del niño. Muchos padres se sienten

inseguros de no contar con las herramientas o el conocimiento adecuado para atender a sus hijos y responder ante cualquier eventualidad que ponga en riesgo su integridad (Kearney, Salley, & Muriel, 2015).

Una vez que el niño regresa a su entorno es importante fomentar, en lo posible, la reintegración del niño en actividades sociales, así como la asignación de roles dentro y fuera de la familia, de tal forma que su desarrollo social, emocional y cognitivo se vean afectados lo menos posible (Tsimicalis, Genest, Stevens, Ungar, & Barr, 2018). La interacción con la comunidad y, en particular, con sus iguales es medular para el desarrollo social del niño (Warner, y otros, 2016). También se debe procurar mantener las rutinas de la vida diaria que se vieron interrumpidas por las hospitalizaciones. Para los niños pequeños, las rutinas familiares relacionadas a la hora de acostarse, ir al baño, alimentación, siestas y tiempo de juego, les brindan una noción de control y seguridad (Wiener et al., 2011).

Las consecuencias psicológicas mencionadas anteriormente tienen que ver con desajustes en los mecanismos regulatorios de la experiencia emocional; por ello, en el siguiente capítulo se describirá en qué consisten dichos mecanismos y cuáles son las estrategias terapéuticas que se utilizan en la actualidad para modificarlos.

Capítulo 2: Regulación emocional

Concepto y estrategias

Todas las emociones tienen un valor adaptativo importante, sin embargo, estas no siempre son deseables porque pueden mostrar cierta incompatibilidad con las normas sociales para una situación en particular, o porque generan sufrimiento físico o psicológico. Los individuos entonces buscan inhibir o reducir emociones dolorosas o inapropiadas y generar o aumentar emociones placenteras o deseables socialmente (Niedenthal & Ric, 2017).

El término *regulación emocional* se refiere a la forma en la que los individuos influyen en las características de las emociones que experimentan como intensidad, duración, y tipo de emociones, así como las situaciones en las que experimentan determinada emoción y como se expresarán dichas emociones (Gross, 2015); dicha regulación puede ser un proceso intencionado o automático.

Por otro lado, la *desregulación emocional* se refiere a la dificultad o inhabilidad para afrontar las experiencias y/o procesar las emociones; se manifiesta mediante la intensificación o desactivación excesiva de la emoción. La intensificación incluye cualquier aumento de la intensidad de la emoción, que el sujeto experimenta como intrusiva, no deseada, abrumadora o problemática. La desactivación incluye experiencias disociativas como la despersonalización, la desrealización y el embotamiento emocional, en el contexto de experiencias en las que normalmente se esperaría que se sintiera algún tipo de intensidad o magnitud de la emoción (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2011).

La forma en que una persona regula sus emociones depende de sus oportunidades, capacidades y metas, por lo que se llama *estrategias*

de regulación emocional a las herramientas que poseen los individuos tomando en cuenta sus características personales y culturales (Niedenthal & Ric, 2017). Las estrategias de regulación podrían clasificarse como a) antecedentes o b) centradas en la respuesta. Las antecedentes son aquellas en las que se intenta controlar o modificar una emoción antes de que esta aparezca. Las estrategias centradas en la respuesta son aquellas que modifican la experiencia en términos subjetivos, expresivos o fisiológicos de la emoción en el momento en el que está ocurriendo (Gross & Thompson, 2007).

Las estrategias antecedentes, a su vez se clasifican en cuatro grandes grupos:

- Selección de la situación: Consiste en buscar eventos o personas que producen emociones placenteras y evitar las situaciones que evocan emociones desagradables.
- Modificación de la situación: Se buscan alterar algunos elementos de la situación sin evitarla completamente, de tal forma que se pueda modificar el impacto emocional.
- Despliegue atencional: Consiste en redirigir la atención y concentrarse en un aspecto de la situación que no evoca emociones tan intensas o desagradables. Esta estrategia se utiliza, sobre todo, en situaciones que no se pueden cambiar o modificar.
- Cambio cognitivo: Se refiere a modificar la interpretación de la situación y no modificar la situación per se. En ocasiones, es la interpretación de la situación la que hace que las emociones intensas nos afecten, por ejemplo, el hecho de pensar que uno no podrá resolver un problema o salir de una situación evoca respuestas emocionales más intensas que el hecho de pensar que uno tiene los elementos para resolver la situación.

Las estrategias centradas en la respuesta se clasifican de la siguiente manera:

- Regulación de la conducta expresiva: Se refiere a la supresión o amplificación de las expresiones faciales, lenguaje corporal y despliegue vocal de determinadas emociones, lo cual modifica la experiencia emocional.
- Regulación de la activación fisiológica: Generalmente se realiza con medicamentos o sustancias que impactan en el sistema nervioso autónomo en su rama simpática, como todas aquellas sustancias que inhiben los receptores adrenérgicos. Algunas técnicas no farmacológicas son la relajación muscular, la retroalimentación biológica y el ejercicio, que también se puede modificar la activación simpática.
- Regulación de la experiencia: La experiencia emocional puede regularse mediante la concentración o la supresión de algún elemento de la experiencia. En el caso de la concentración una forma de hacerlo es mediante la rumiación que consiste en centrarse detenidamente en analizar diferentes aspectos de la experiencia emocional con el objetivo de que esta adquiera un sentido. El problema es que en ocasiones este análisis pone más énfasis en los aspectos negativos que en los positivos. En el caso de la supresión emocional uno deja de pensar en algo de tal forma que esto no produzca sentimientos desagradables; sin embargo, irónicamente se logra el efecto contrario y la emoción o el pensamiento suprimido termina evocándose con más facilidad.
- Expresión emocional: Consiste en compartir los sentimientos con los demás ya sea de experiencias emocionales intensas placenteras o desagradables. Esto a su vez cambia la experiencia emocional.

¿Qué lleva a una persona a buscar modificar la experiencia emocional? Niedenthal & Ric (2017) plantean que existen diferentes

motivos por los cuales los seres humanos influyen en la forma en que experimentan las emociones.

- Motivación hedónica: Las personas regulan sus emociones porque quieren sentir emociones agradables y placenteras.
- Motivación instrumental: Las personas regulan sus emociones porque creen que algunas son más apropiadas que otras para lograr alguna meta u obtener algo.
- Motivación prosocial: Las personas modifican sus emociones para proteger las emociones de otros.
- Autoprotección: Las personas suprimen sus emociones para protegerse de otras personas, o bien, para buscar reacciones en los demás que los puedan ayudar.
- Manejo de la impresión: Es el miedo que causa el ser juzgado negativamente por los demás, por el hecho de expresar una emoción inapropiada social y culturalmente.

Desarrollo neurobiológico de la regulación emocional

La regulación emocional no es un mecanismo con el que se cuenta de forma innata; se trata de un proceso complejo que se va modificando a través del tiempo y que, si bien está influenciado por el desarrollo de los sistemas biológicos del sujeto, también se ve influenciado por el aprendizaje, la experiencia social y la cultura. Es un mecanismo que está en constante modificación a lo largo de todo el ciclo vital.

En un inicio, la regulación emocional surge gracias al interjuego en los sistemas biológicos que inhiben y excitan la activación o *arousal*; estos sistemas se encuentran inmaduros en el nacimiento, pero están activos. Las estructuras subcorticales como la amígdala y el hipotálamo funcionan a través del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA)

que activa al sistema nervioso simpático y excita al ser humano desde recién nacido. El sistema nervioso parasimpático, que tiene un efecto inhibitorio, se encuentra inmaduro en la infancia temprana; esto da como resultado la respuesta del tipo “todo o nada”, que hace que el bebé recién nacido llore sin regulación. Aun así, los bebés tienen conductas rudimentarias que funcionan para manejar la activación; ejemplos de esto son el chupeteo y la actividad motora de las extremidades (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009). La mayor parte de la regulación emocional en los infantes está dada por la interacción con sus cuidadores. La respuesta sensible y contingente del cuidador es importante al momento de mantener la activación emocional del bebé dentro de límites manejables; por ejemplo, proveer calor, tono de voz calmante, mecer al niño, darle de comer, cambiarle el pañal, etc.

En los primeros meses de vida, conforme se va desarrollando el sistema nervioso simpático y diferentes áreas en la corteza prefrontal, que permiten un mayor control atencional, el niño se vuelve menos efusivo, es más fácil calmarlo y hay mayor alerta y responsividad social. A los seis meses los bebés son capaces de mirar a otro lado cuando hay un estímulo aversivo y reenfocar su atención en objetos o actividades que les permiten distraerse de aquello que es estresante. Hacia el año de edad hay algunos indicadores de una respuesta emocional inhibitoria, como cuando un niño contiene las lágrimas al ver que su madre abandona la habitación (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009).

Hacia los dos años la activación emocional de los niños se vuelve menos lábil. Estos cambios se asocian, en parte, a la maduración progresiva de diversas áreas localizadas hacia el frente del cerebro que contribuyen al autocontrol: la corteza cingulada anterior, la corteza dorsolateral prefrontal, la corteza ventromedial prefrontal y la corteza orbitofrontal. Esto permite que los niños adquieran una mayor capacidad de redirección del control atencional, la inhibición de

respuestas impulsivas y su substitución por respuestas más razonadas. Sin embargo, todavía puede haber eventos de alta excitación emocional como los berrinches, pero los niños comienzan a utilizar estrategias simples para manejar estas emociones, como buscar la ayuda de su cuidador o alejarse de aquellos estímulos que les resultan aversivos y dirigir la atención hacia otros más placenteros (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009).

El desarrollo progresivo dará como resultado que los niños más grandes comiencen a experimentar emociones más complejas como la culpa, la vergüenza, el orgullo etc. Estas son emociones que requieren una consciencia de sí mismo más compleja y la valoración que los demás hacen de nosotros. Estos precursores darán lugar al desarrollo de habilidades que consideran el efecto de nuestras propias emociones en los demás y la capacidad de modificarlas acorde a esto (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009).

Se ha establecido que el temperamento es otro componente importante en la regulación emocional. Se le ha definido como las características de reactividad y conductuales que hacen que cada persona sea única; estas características incluyen el estado de ánimo predominante, la capacidad para tranquilizarse, la irritabilidad, la predisposición a ciertas emociones como el miedo o el enojo, la capacidad para inhibir una respuesta, entre otras cualidades. Si bien estas características pueden ser notorias desde el nacimiento, éstas cambian a lo largo del tiempo debido a la maduración de los sistemas biológicos implicados. Algunas formas en que el temperamento influye en la regulación son en la duración y la intensidad de las emociones que se tienen que manejar. En el caso de los niños con predisposición a la irritabilidad se pueden encontrar algunos problemas para regular las emociones en etapas más tardías. Otra forma podría ser la elección de diferentes estrategias de regulación; por ejemplo, los niños que tienen

una predisposición al miedo o a sentirse inseguros pueden utilizar la evitación como una estrategia para manejar sus emociones (Rothbart & Gartstein, 2009).

El temperamento puede interactuar con las características del cuidador. Se le ha denominado ("bondad de ajuste") *goodness of fit* a la interacción entre las prácticas de crianza y las características temperamentales. Cuando hay una similitud entre características, se puede decir que hay un buen ajuste (*fit*) porque las prácticas de crianza se adecuan a las características del niño. En este sentido, el cómo los padres perciban las características temperamentales de sus hijos es crucial. Las expectativas de los padres al respecto de la emocionalidad del niño influyen en cómo los padres exponen al niño a experiencias nuevas o desafiantes, la organización de las rutinas diarias, y la respuesta a las expresiones emocionales del niño (Rothbart & Gartstein, 2009).

Existen dos formas principales en las que un padre puede influir en la regulación emocional de su hijo: la influencia directa de las intervenciones y estrategias parentales (como las reacciones a las emociones del niño, instrucciones específicas de la regulación emocional y conversaciones acerca de la emoción) y la influencia de un clima emocional general en casa. Se ha observado que los cuidadores que ofrecen apoyo emocional cálido y sensible a sus hijos durante situaciones emocionalmente desafiantes, tienen niños con mayor capacidad de manejar sus emociones a través de la solución de problemas o la distracción.

En contraste, cuando los papás son críticos, punitivos, o no prestan atención a las reacciones emocionales de los niños, estos muestran menor capacidad para regular sus emociones constructivamente y desahogar su frustración o estrés. Este tipo de reacciones de los padres,

usualmente, exacerban las reacciones negativas de los niños, lo cual hace más difícil el que los padres puedan controlarlos y manejarlos; en el caso de no prestar atención a las necesidades emocionales de los niños, estos pueden crecer con la idea de que sus emociones no son importantes, son injustificadas y que no deben expresarse. Lo anterior contribuye a una sensación de inseguridad generalizada que hace que se debilite el vínculo entre padre e hijos y que, por lo tanto, el niño no quiera buscar ayuda o hablar acerca de sus emociones con sus padres (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009).

Finalmente, se necesita que el niño sea capaz de darse cuenta de las diferentes emociones y las situaciones que las evocan, para lograr esto es necesario que el niño empiece a adquirir el concepto de *sí mismo* y el *yo* en relación a las emociones, el *yo* en relación a los demás, y las emociones propias en relación a los demás. Por lo anterior, se considera que no solamente los adultos moldean la capacidad de regulación de los niños, sino que los pares también pueden enseñarse entre sí el cómo pensar acerca de expresar y responder a las emociones en un contexto y una cultura particular (Thompson, Meyer, & Jochem, 2009).

Implicaciones en el bienestar psicológico

Las emociones tienen una importancia fundamental en la vida de los seres humanos, ya que hacen que las personas sean conscientes de sus necesidades, sus frustraciones, sus derechos, además de proveer de motivación al cambio, la oportunidad de escapar de situaciones difíciles, o saber cuándo se está satisfecho. La regulación emocional incluye cualquier tipo de estrategia de afrontamiento (adaptativa o desadaptativa) que el individuo utiliza cuando se ve confrontado con una emoción cuya intensidad es indeseable. Se podría decir que se trata de una especie de *termostato homeostático* porque puede moderar emociones y mantenerlas en un rango manejable de tal forma que uno

pueda enfrentarse a ellas o a la situación en sí misma (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011).

Las estrategias de regulación emocional no son desadaptativas o adaptativas independientemente de la persona o la situación en la que se desencadenan, su viabilidad requiere interpretarse siempre en su contexto. La *adaptación* se refiere a la implementación de estrategias que aumentan el reconocimiento y el procesamiento de respuestas útiles, que a su vez incrementan, ya sea en el corto o largo plazo, un funcionamiento más productivo, definido por las metas, valores y propósitos de cada individuo (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011). Como ejemplo de lo anterior, si un individuo se enfrenta a una situación problemática mediante estrategias como la solución de problemas, la activación conductual para buscar experiencias reforzantes, o reevaluando la situación, es más probable que sus emociones no escalen fuera de control. Sin embargo, si el individuo utiliza otros mecanismos como el consumo de sustancias o autolesionarse de alguna forma, aunque disminuya momentáneamente la intensidad de las emociones y por lo tanto el malestar, esas acciones no van dirigidas a lo que el individuo realmente valora de su vida por lo que no van a generar bienestar a largo plazo (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011).

La regulación emocional es importante desde la infancia porque se ha observado que los niños pequeños con mejor destreza en la regulación emocional, tienden a ser más competentes socialmente con sus pares y cooperativos con sus cuidadores primarios. Los niños que tienen capacidades de autocontrol emocional más limitadas están en riesgo de desarrollar problemas internalizantes (depresión) o externalizantes (agresión). También hay otros factores de riesgo como la vulnerabilidad temperamental y las interacciones aversivas con los padres que contribuyen a una dificultad auto-regulatoria en los niños (Benson & Haith, 2009).

En los últimos años ha aumentado la atención al rol del procesamiento emocional y la regulación en una variedad de desórdenes psicológicos. En el caso de la ansiedad generalizada existe una asociación entre el desarrollo del trastorno y la evitación emocional, que es un componente de la activación y la preocupación excesiva (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Algunos trabajos proponen (Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002) que preocuparse tiene una función de evitación. Más recientemente, propuestas sobre la preocupación sugieren que ésta se refuerza cuando se incrementa la predictibilidad de experiencias emocionales negativas, pero tiene el costo de no experimentar posteriormente estados positivos y gratificantes (Newman & Llera, 2011).

En el caso de la depresión, la rumiación de los pensamientos negativos del pasado y del presente se relaciona con el desarrollo del trastorno (Nolen-Hoeksema, 2000). En general, tanto la evitación experiencial como la emocional se han catalogado como estrategias que subyacen a varias psicopatologías (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996). Por otro lado, parece que la expresión emocional, el hecho de dar cuenta de, aceptar y reflexionar acerca de las emociones sentidas mejora los síntomas de la depresión (Gortner, Rude, & Pennebaker, 2006). Sin embargo, como se mencionó, no se trata de las estrategias de afrontamiento per se, sino del contexto en que se utilizadas. Por ejemplo, en el caso del Trastorno de la Personalidad Límite, la supresión se asocia con un sentimiento generalizado de haber tenido un buen día (Chapman, Rosenthal, & Leung, 2009). Otro estudio sugiere que la supresión ayuda a disminuir los efectos a la exposición a una situación traumática (Dunn, Billoti, Murphy, & Dalgleish, 2009).

Además de los trastornos mencionados hay algunas estrategias que se asocian con enfermedades somáticas. Se ha encontrado consistentemente que la evitación, la inhibición, la supresión y el

mantener emociones negativas tiene consecuencias dañinas en la salud física y correlaciona con baja calidad y satisfacción de vida. Los efectos adversos de la inhibición ocurren porque hay un incremento en la actividad del sistema nervioso simpático. De acuerdo con la Teoría de la Inhibición de (Pennebaker, 1989), el esfuerzo que hace una persona para inhibir pensamientos, sentimientos y conducta relacionada con la emoción genera activación fisiológica. La inhibición crónica produce una acumulación de dicha activación y en consecuencia se incrementan las condiciones médicas y psicológicas asociadas al estrés (Pennebaker & Seagal, 1999; Pennebaker, 1997). Otro mecanismo que puede afectar la salud es el efecto inhibitorio selectivo en la respuesta inmune (Petrie, Booth, & Pennebaker, 1998), en la cual la activación simpática acumulada puede producir cambios en la expresión genética, que aumenten la vulnerabilidad a las enfermedades inflamatorias y a infecciones virales (Cole, 2009). En este mismo sentido, compartir los eventos traumáticos y estresantes aparentemente mejora el funcionamiento del sistema inmune y reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular (Frattaroli, 2006). La regulación emocional a través de la reevaluación positiva también se asocia con una disminución en el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Appleton & Kubzansky, 2014).

Lo que se buscaría en una terapia dirigida a la regulación emocional sería que el individuo sea capaz de:

- 1) percibir y etiquetar la emoción,
- 2) usar emociones para tomar decisiones y clarificar valores y metas,
- 3) entender la naturaleza de la emoción tratando de reducir interpretaciones negativas de la emoción y
- 4) la manera en que estas emociones pueden ser manejadas y contenidas (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2011).

Intervenciones psicológicas para la regulación emocional

Como se mencionó, gran parte de los problemas de salud mental están asociados con problemas en los mecanismos de regulación emocional. Por ello varias estrategias terapéuticas actuales se enfocan principalmente en facilitar estrategias de regulación que se contrapongan con aquellas estrategias utilizadas por la persona, que están generando el malestar emocional. Por ejemplo, se ha identificado que estrategias como la *reevaluación* y el *descentrar* los pensamientos y las emociones se contraponen con componentes cognitivos propios del Trastorno de Ansiedad Generalizada tales como la preocupación excesiva y la rumiación (O'Toole, Renna, Mennin, & Fresco, 2019).

La *reevaluación cognitiva* consiste en la habilidad para cambiar la evaluación que se hace de un evento (lo que se le atribuye) de tal forma que se modifique el significado emocional de la situación (Gross, 2014). El *descentrar* (decentering) se refiere al concepto utilizado en las terapias contextuales que se conoce como *defusión cognitiva*. Ésta consiste en la habilidad para observar los pensamientos y las emociones desde una perspectiva distante en la que éstos se entienden como eventos internos transitorios en lugar de percibirse como aspectos permanentes del yo (Fresco, y otros, 2007). Ambos componentes de la regulación emocional se han relacionado con aumentos en la conducta orientada a la solución de problemas, mejoras en la conducta interpersonal durante conflictos de pareja, así como una disminución general de los síntomas de ansiedad y depresión (Bernstein, y otros, 2015).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un tipo de terapia usada frecuentemente en trastornos de ansiedad y depresión. Su objetivo principal es desarrollar mejores capacidades para la regulación voluntaria de la emoción. Esto se logra a través de técnicas que incluyen la reestructuración cognitiva, la activación conductual y los experimentos conductuales (Beck, 1995). La evidencia más reciente

sugiere que dos tipos de TCC, la presencial y a distancia a través de una computadora, pueden mejorar la regulación emocional a través de la reevaluación cognitiva lo cual correlaciona con la reducción en la gravedad de la depresión y la ansiedad (Forkmann et al., 2014). Dentro de las técnicas particulares que utiliza la TCC se encuentra la reestructuración cognitiva a través del registro de pensamientos disfuncionales; la activación conductual siguiendo la monitorización de actividad inicial; experimentos conductuales para examinar predicciones negativas automáticas; y otras estrategias para identificar y modificar de manera más profunda patrones negativos de pensamiento acerca de uno mismo, su vida y su futuro (creencias intermedias y creencias centrales) (Rubin-Falcone et al., 2018).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es un agregado "de tercera generación" a la TCC utilizada particularmente para trabajar aspectos de regulación emocional, sobre todo en aquellos pacientes que requieren un tratamiento a más largo plazo como pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, personas con conductas suicidas y personas con Trastorno Bipolar (Zalewski, Lewis, & Martin, 2018). No sólo se ha utilizado en adultos sino en adolescentes con problemas en la regulación emocional (Mehlum et al., 2016). La TDC reduce la reactividad y promueve la modulación de experiencias emocionales y su expresión a través del uso y generación de nuevas habilidades para la regulación emocional (Zalewski, Lewis, & Martin, 2018).

El término *dialéctico* se refiere a que dos ideas aparentemente opuestas pueden ser verdad simultáneamente. Esta idea ayuda a que el paciente deje de interpretar las situaciones, sus emociones y pensamientos en términos de *blanco o negro*, posiciones polarizadas y pensamientos extremos. Se busca que los pacientes sean más flexibles en su forma de interpretar el mundo y de interpretarse a sí mismos, porque se ha observado que un componente importante de la desregulación, y

en particular del escalamiento y sobrerreactividad emocional es el pensamiento rígido (Kaufman, Douaihy, & Goldstein, 2019).

Otro tipo de terapia contextual que se ha utilizado para la regulación emocional es la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Uno de los principios de la TAC es el observar los fenómenos internos sin apearse, evaluarlos o intentar cambiarlos. Los pacientes se ven a sí mismos como entes separados de los pensamientos angustiantes, emociones y sensaciones, y se les alienta a aceptar dichos fenómenos como son, mientras que cambian las conductas desadaptativas para realizar cambios positivos en sus vidas (Hayes-Skelton, Roemer, & Orsillo, 2013). En particular, el componente de *defusión cognitiva* ya mencionado ha mostrado mejoría significativa en el componente de preocupación excesiva de la ansiedad generalizada (O'Toole, Renna, Mennin, & Fresco, 2019).

Existen otras estrategias que se centran más en los síntomas fisiológicos que producen la ansiedad y la depresión, algunas de estas intervenciones son aquellas basadas en meditación o atención plena *Mindfulness* y en enfoques psicofisiológicos como la retroalimentación biológica. En el caso del *Mindfulness* la premisa principal es buscar que el individuo se vuelva menos reactivo y más reflexivo ante los fenómenos internos, de modo que estimulen procesos como la consciencia y la regulación emocional, la flexibilidad cognitiva y la conducta basada en metas (Hofmann & Gómez, 2017). En el caso del *Biofeedback* lo que se busca es que el individuo aprenda a sentir y distinguir de las respuestas fisiológicas del sistema nervioso autónomo que se asocian con procesos emocionales y/o cognitivos, de modo que se puedan modificar voluntariamente gracias a mecanismos básicos de aprendizaje (Jerčić & Sundstedt, 2019).

Ambos tipos de tratamiento pueden realizarse de dos maneras: ya sea como una intervención en sí misma o como un componente de otro tipo de terapia como Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctica Conductual o Terapia Cognitivo Conductual (Hofmann & Gómez, 2017). Sin embargo, se ha observado que estas tienen un mayor efecto en la regulación de la activación simpática pero permanecen limitadas en los aspectos cognitivos de los trastornos, en particular en el componente de preocupación excesiva cuando se realizan sin ningún tipo de intervención cognitiva (Hoge et al., 2015; O'Toole, Renna, Mennin, & Fresco, 2019).

La Terapia de Solución de Problemas, al igual que las anteriores, puede emplearse como componente de otro tipo de terapias más generales como la Terapia Cognitivo Conductual o como un estilo de terapia en sí mismo. El objetivo central es ayudar a los pacientes a afrontar situaciones problemáticas de una manera planeada, metódica y esquemática que les permita implementar soluciones útiles en el contexto en que se implementen y sus implicaciones personales, sociales, a corto y largo plazo (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998).

En este enfoque *problema* se define como cualquier circunstancia en la que un individuo no reacciona con respuestas eficaces al confrontar múltiples obstáculos (ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto o una falta de recursos o de novedad). Se requieren respuestas adaptativas para garantizar un funcionamiento adecuado; las situaciones problemáticas pueden ser eventos aislados, eventos en serie o situaciones crónicas y, pueden estar originados en el ambiente o en el individuo (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998).

En este modelo, *solución* se define como una respuesta de afrontamiento orientada a modificar la naturaleza de la situación

problemática, las reacciones emocionales negativas asociadas o ambas. Las soluciones efectivas son aquellas que maximizan las consecuencias positivas (beneficios) y se minimizan las consecuencias negativas (costos). Estas consecuencias, como se mencionó, tienen que valorarse en términos de tiempo (corto y/o largo plazo) y personas involucradas (personales y/o sociales). La efectividad de una solución varía de persona a persona y a través de diferentes escenarios porque está relacionada con las metas y valores de cada persona. Cuando se implementa una solución, se observan los resultados y, si éstos no resuelven el problema, el terapeuta debe ser capaz de distinguir si se trata de una falta de habilidades del individuo para implementar correctamente la solución o si esta no era efectiva en sí misma para el sujeto.

Se ha observado que las personas que tienen dificultades para afrontar situaciones problemáticas están en riesgo de desarrollar cuadros de ansiedad o depresión. Al mismo tiempo, las personas que tienen estos cuadros muestran mayor dificultad para afrontar las situaciones adversas (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998). Tomando en cuenta el concepto de *adaptación* mencionado la evidencia sugiere que un componente de la adaptación de un individuo a su entorno es su capacidad de resolver problemas (Niedenthal & Ric, 2017).

La necesidad de dirigir las terapias a aspectos centrados en la regulación emocional hizo que se desarrollara otro tipo de terapia llamada *Terapia de Regulación Emocional*. Este tipo de terapia toma algunos componentes de las terapias contextuales de la cognitivo-conductual. La primera parte incluye componentes de psicoeducación para cultivar habilidades de regulación emocional, incluyendo habilidades atencionales (por ejemplo, cambiando o sosteniendo la atención durante una experiencia difícil) y habilidades de regulación en la metacognición como el *descentrar* (verse a sí mismo como algo

separado de la experiencia emocional) y la reevaluación de las experiencias emocionales. La segunda etapa de la terapia tiene como objetivo ayudar a las personas a utilizar las habilidades aprendidas al enfrentar situaciones difíciles. Este objetivo se logra a través de ejercicios que incluyen exposición y activación en la sesión utilizando ensayos imaginarios y dialogo experiencial, y afuera de la sesión con exposición in vivo (O'Toole, Renna, Mennin, & Fresco, 2019).

Una de las premisas más importantes de este tipo de terapia es que se ha observado que los trastornos de ansiedad y depresión tienen una alta comorbilidad, es decir, tienen una tendencia a presentarse simultáneamente. Sumado a esto, muchos de los síntomas tienen muchas similitudes, en particular el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Lo anterior ha llevado a catalogar a estos trastornos colectivamente como *distress disorders* (Watson, 2005). Cuando se presentan simultáneamente, responden menos al tratamiento a largo plazo que otros tipos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo, y en general tienen menores efectos a largo plazo (Newman, Przeworski, Fisher, & Borkovec, 2010).

Como se ha mencionado, los tratamientos más convencionales son la terapia cognitivo-conductual, la que se basa primariamente en componentes terapéuticos cognitivos y verbales, como la reestructuración cognitiva, que son efectivos en reducir la gravedad de los padecimientos (Cuijpers et al., 2014) y demuestran efectos moderados durante la fase aguda del tratamiento y a través del seguimiento. Las intervenciones basadas en componentes menos elaborativos como el *Mindfulness* han mostrado, también, mejorías terapéuticas moderadas (Hoge, y otros, 2013). Sin embargo, la emergencia de nuevas intervenciones como las terapias contextuales, que incorporan tanto elementos cognitivos elaborativos como menos elaborativos dentro del mismo paquete de terapia han mostrado

tamaños del efecto más grandes en comparación con aquellas aproximaciones menos elaborativas durante la fase aguda del tratamiento así como a través del seguimiento (Hayes-Skelton, Roemer, & Orsillo, 2013; Wells et al., 2010).

La terapia de regulación emocional se ha desarrollado con la meta de integrar de mejor manera tanto los elementos elaborativos (metacognición) como los menos elaborativos (procesos atencionales), con el objetivo de atacar los mecanismos que subyacen a estos padecimientos, como la emocionalidad y la autorreferencia negativas encontradas en ambos padecimientos (Mennin, Fresco, Ritter, & Heimberg, 2015). Este modelo considera que en desarrollo de ambos padecimientos intervienen diversos elementos como:

- a) mecanismos motivacionales que reflejan la funcionalidad y direccionalidad de las tendencias de respuesta emocional,
- b) mecanismos regulatorios que reflejan la alteraciones de trayectorias de respuestas emocionales, que tienen elementos metacognitivos y atencionales; y
- c) consecuencias del aprendizaje contextual, que reflejan la utilización de repertorios conductuales flexibles y amplios (Renna, Quintero, Fresco, & Mennin, 2017).

Además, algunas perspectivas de la TAG complementarias a esta perspectiva funcional, han enfatizado procesos como intolerancia a la incertidumbre (Deschenes, Dugas, Radomsky, & Buhr, 2010) la no aceptación emocional (Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005) y desregulación emocional (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005) como factores que incrementan la preocupación.

El objetivo final sería capacitar a los individuos a usar habilidades de regulación emocional para contrarrestar la "auto- referencialidad"

negativa (por ejemplo: preocupación, rumiación y autocrítica) y lograr acciones dirigidas a metas y valores. Los terapeutas toman en cuenta el contexto de la persona para poder entender dónde radica su auto-referencialidad de tal forma que se puedan tomar en cuenta los estresores específicos y desafíos conceptuales individuales para cada paciente y se pueda trabajar de una manera más eficiente (Renna et al., 2018).

En una revisión sistemática para determinar la eficacia y los efectos adversos de diferentes aproximaciones psicoterapéuticas en los padres de niños diagnosticados con enfermedad crónica se encontró que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de solución de problemas (TSP) pudiera tener un efecto en el comportamiento de los padres (p.e. crianza), y en el caso de la TSP también se puede observar un efecto en la salud mental (p.e. depresión, ansiedad). Sin embargo, se menciona que los datos deben interpretarse con reservas puesto que no hay suficientes ensayos controlados aleatorizados que cubran con las características metodológicas necesarias para brindar resultados concluyentes (Law, Fisher, Eccleston, & Palermo, 2019).

En un meta-análisis diseñado para examinar los efectos de diferentes tratamientos psicológicos aplicados a familiares de niños y adolescentes con cáncer se encontró que hubo una mejoría moderada en los síntomas de ansiedad y en las habilidades de solución de problemas. Así mismo, en este estudio se observó el efecto de la psicoeducación como intervención en sí misma y se encontró que ésta tiene un efecto en el conocimiento al respecto de la enfermedad, pero los resultados no son consistentes en su efecto sobre síntomas de ansiedad o depresión. Finalmente, al respecto de los síntomas de depresión se observa una tendencia a que las técnicas basadas en solución de problemas tienen un efecto positivo de reducción de síntomas. Sin embargo, al igual que en la revisión anterior, se recomienda tomar los resultados con cautela

debido a las limitaciones metodológicas de los estudios (Sánchez-Egea, Rubio-Aparicio, & Sánchez-Meca, 2019).

Para efecto de la presente investigación se utilizaron estrategias de intervención como la Solución de Problemas (Nezu et al., 1998) adaptado a pacientes con cáncer, la reestructuración cognitiva que se utiliza en TCC, pero orientada a la reestructuración de los sesgos cognitivos en torno a la experiencia emocional y finalmente los componentes de las terapias contextuales que se relacionan con identificación y aceptación de la experiencia emocional. La selección de dichas estrategias proviene de los resultados encontrados en la Fase 1 cuyo objetivo fue la detección de necesidades de la población, que se describirá más adelante.

Método

Fundamentación del estudio

El cáncer infantil es una enfermedad con alta tasa de incidencia y mortalidad en nuestro país. Requiere tratamientos prolongados y costosos en términos económicos, sociales y psicológicos para las familias. Los cuidadores primarios de los niños enfermos de cáncer se ven sometidos a situaciones altamente estresantes donde se tienen que tomar decisiones que suelen alterar la dinámica familiar, el bienestar de los niños enfermos, el bienestar de los otros miembros de la familia, etc.

El momento del diagnóstico es reconocido como uno de los momentos más críticos del proceso. La familia y el niño enfermo comienzan el proceso de adaptación hacia un nuevo estilo de vida muy demandante. El proceso de adaptación, tanto del niño como de sus cuidadores, se ve afectado por las dificultades para reconocer, aceptar, validar las emociones propias y de los demás, así como para orientar la conducta hacia metas específicas que permitan ir resolviendo las dificultades que se van presentando día con día.

Dado lo anterior, se hace necesario contar con una intervención que dote a los cuidadores de conocimientos y habilidades que permitan un manejo más *adaptativo* y flexible de sus emociones, sensible a su contexto y orientar la conducta en función de objetivos personales, familiares y médicos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de todos los involucrados.

En sentido teórico, el presente estudio proporciona evidencia empírica al respecto del efecto de algunos elementos de la *regulación emocional* respecto a la forma en que las personas pueden adaptarse a situaciones adversas como lo es una enfermedad crónica, grave. Se describe cómo la adquisición de determinados conocimientos y

habilidades, a través de técnicas cognitivo-conductuales, pueden influir sobre síntomas de ansiedad y depresión, estilos de afrontamiento, dificultades en la regulación emocional y los estilos de crianza en el contexto de una enfermedad crónica.

La literatura de investigación describe numerosas técnicas dirigidas específicamente a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de personas con diversas enfermedades. Sin embargo, el presente trabajo responde a una brecha práctica y no teórica, en la cual se seleccionan y se ponen en práctica herramientas ya descritas, pero no siempre evaluadas en cuanto a pertinencia. En este protocolo se brindan conocimientos y herramientas específicas como respuesta a las problemáticas que refieren los usuarios del hospital.

Lo anterior se realizó en tres pasos: primero una detección de necesidades a fin de recolectar las problemáticas principales a las que se enfrentan los pacientes y sus cuidadores primarios. Posteriormente se seleccionaron técnicas que respondieran a esas necesidades específicas. Finalmente se realizó un estudio piloto para hacer las adecuaciones pertinentes y finalmente poder probar su efectividad en la regulación emocional de los cuidadores primarios.

Finalmente, como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, el cáncer infantil es un problema de salud mundial importante, cuyas características hacen que sea imperativo contar con protocolos de atención para detectar y resolver las problemáticas que tienen las familias inmersas en este tipo de situaciones. El protocolo que se describirá a continuación funciona desde el diagnóstico a manera de una herramienta preventiva que podría evitar el desarrollo de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo más graves en los cuidadores primarios a lo largo del tratamiento, o evitar conductas que pongan en riesgo la

salud y la integridad de los niños enfermos o de los mismos cuidadores como el abandono parental o el abandono del tratamiento.

Objetivo general

La presente investigación buscó evaluar los efectos de una intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales en la regulación emocional de los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pediátrico. Se complementó la evaluación con escalas de ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento y estilos de crianza con el fin de observar los cambios que surgen en estas variables durante y después de la intervención.

Objetivos específicos

- Explicar en qué consiste la enfermedad, los tratamientos y los cuidados que se deben tener durante el tratamiento.
- Realizar los cuatro pasos de la técnica de solución de problemas de Nezu & Nezu con una situación problemática.
- Identificar y nombrar las emociones experimentadas al momento del diagnóstico.
- Modificar las interpretaciones negativas (ej. culpa, visión simplista, etc.) de la experiencia emocional y favorecer la aceptación, expresión y autovalidación de la experiencia emocional.

Participantes

Se invitó a los cuidadores primarios de nuevo ingreso del Servicio de Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez a participar en el protocolo de intervención tras recibir el diagnóstico de cáncer en sus hijos. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) haber recibido un diagnóstico oncológico en un lapso menor a 6 meses, b) ser los cuidadores primarios y responsables del menor en el hospital

y en casa. A su vez, los criterios de exclusión fueron: a) haber recibido un diagnóstico oncológico en un lapso mayor a 6 meses, b) tener una afección médica o psicológica que comprometiera la comprensión de los reactivos de los cuestionarios y c) personas que estén recibiendo atención psicológica. Los criterios de eliminación fueron: a) abandonar voluntariamente el protocolo de investigación, b) dejar de acudir a las sesiones de seguimiento y c) fallecimiento del paciente pediátrico. En total se lograron reclutar a veintiséis personas, de las cuales diecisiete cumplieron los criterios de eliminación y nueve terminaron el protocolo hasta el final.

Finalizaron la evaluación nueve participantes, todas ellas mujeres de entre 25 y 42 años de edad; residentes de la Ciudad de México, Estado de México y Veracruz. La mayoría se dedicaba principalmente al hogar y al cuidado de los hijos. En siete casos los padres de los niños se encontraban dentro del núcleo familiar, mientras que en dos casos se mantenían fuera del núcleo y no había contacto con ellos. Las madres expresaron ser las cuidadoras primarias de los niños dentro y fuera del hospital, lo cual fue corroborado mediante una entrevista con los niños. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas más sobresalientes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Folio	Edad	Escolaridad	Profesión	Parentesco	Diagnóstico del menor	Estado civil
F-05	42 a	Maestría	Autoempleo	Madre	LLA	Separada
F-06	29 a	Bachillerato	Ama de casa	Madre	LLA	Casada
F-10	29 a	Preparatoria	Ama de casa	Madre	LMA	Casada
F-12	34 a	Secundaria	Ama de casa	Madre	LMA	Casada
F-19	30 a	Secundaria	Comerciante	Madre	LMA	Casada
F-20	41 a	Bachillerato	Mensajería	Madre	LMA	Soltera
F-21	32 a	Primaria	Ama de casa	Madre	LLA	Unión libre
F-24	33a	Preparatoria	Transportista	Madre	LLA	Unión libre
F-26	25 a	Secundaria	Empleada	Madre	LMA	Unión libre

Nota: a= años; LLA = Leucemia Linfoblástica aguda; LMA= Leucemia Mieloide Aguda

Diseño

Se utilizó un diseño intrasujetos (N=1) de tipo A-B, con una línea base y una fase de tratamiento. Las mediciones se realizan antes y después del tratamiento para una comparación pre-post y tres mediciones a lo largo de cada módulo del tratamiento para observar efectos a través del tiempo. Se optó por este tipo de diseño debido a que hay un alto porcentaje de muerte experimental lo cual hace que los grupos experimentales sean reducidos, además de que hubo posibilidades limitadas para conseguir un grupo control.

Como variable independiente se tomó la intervención para favorecer la regulación emocional, intervención de corte educativo basada en técnicas cognitivo-conductuales y dividida en los siguientes módulos: Psicoeducación de la enfermedad y los tratamientos, Entrenamiento en solución de problemas y Regulación emocional. La intervención se administró en sesiones individuales programadas según la disponibilidad del cuidador, siendo cada sesión de aproximadamente 90 minutos. La intervención fue aplicada por una psicóloga entrenada en técnicas cognitivo-conductuales.

Variables

Las definiciones conceptuales de las variables dependientes fueron las siguientes:

- a) **Ansiedad:** “Sentimientos de miedo, pavor e incomodidad que se pueden presentar como reacción a un estado de tensión. Una persona con ansiedad, puede transpirar, sentirse tenso y con desasosiego, y presentar rápidos latidos del corazón. Cuando la ansiedad extrema se presenta con frecuencia, puede ser síntoma de un trastorno de ansiedad.” (Instituto Nacional del Cáncer)
- b) **Depresión:** “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Organización Mundial de la Salud, 2020)
- c) **Problemas en la regulación emocional:** Se refiere a la ausencia relativa de todas o algunas de las siguientes habilidades: (a) conciencia y comprensión de las emociones, (b) aceptación de las emociones, (c) capacidad de controlar los comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas, y (d) la capacidad

de utilizar estrategias de regulación emocional apropiadas según la situación, flexibilidad para modular las respuestas emocionales como se desee para cumplir con los objetivos individuales y las demandas situacionales (Gratz & Roemer, 2004).

- d) **Estilos de afrontamiento:** “Hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés” (Sandín & Chorot, 2003).
- e) **Estilos de crianza:** “Está conformado por tres procesos: las prácticas, las pautas y las creencias. Así la crianza involucra creencias como valores, mitos, prejuicios; las pautas dentro de las cuales están los patrones, normas y costumbres; y las prácticas se refieren a las acciones, desde las cuales los grupos humanos determinan las formas de desarrollarse y las expectativas frente a su propio desarrollo, que en conjunto tienen un carácter orientativo y directivo en la conducta de los hijos” (Bersabé, Fuentes, & Motrico, 2001)

Instrumentos de medición

- *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

Se utilizó la versión en castellano traducida y validada para población mexicana (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001) que consta de 21 reactivos que evalúan la gravedad de los síntomas de ansiedad en población adulta o adolescente. Se utiliza una escala Likert con puntuaciones del 0 al 3 (donde 0= ausencia de síntomas y 3= síntomas graves) para registrar la intensidad con la que las personas experimentan el síntoma expuesto en cada reactivo. Una vez obtenida la suma del puntaje total se clasifica dentro de las siguientes categorías: 0-

7= ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave. Las propiedades psicométricas indican una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0.83) y una adecuada confiabilidad test-retest ($r=0.75$).

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*

Se utilizó la versión en castellano traducida y validada para población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, & Varela, 1998). Consta de 21 reactivos que evalúan la gravedad de los síntomas de depresión en población adulta o adolescente, clínica o no clínica. Su estructura factorial arroja dos dimensiones: cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. Se utiliza una escala Likert con puntuaciones del 0 al 3 (donde 0= ausencia de síntomas y 3= síntomas graves) para registrar la intensidad con la que las personas experimentan el síntoma expuesto en cada reactivo. Una vez obtenida la suma del puntaje total se clasifica dentro de las siguientes categorías: 0-9= depresión mínima, 10-16 depresión leve, 17-29 depresión moderada y 30-63 depresión grave. Las propiedades psicométricas indican una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0.87) y una adecuada validez concurrente con la escala de Zung ($r=0.70$).

- *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E)*

Se utilizó la traducción de la escala de Gratz Y Roemer (2004) que consta de 36 reactivos y que fue desarrollada para evaluar las dificultades en la regulación emocional en adultos. Está integrada por seis factores: a) no aceptación de las respuestas emocionales (*no-aceptación*), b) dificultades en conductas dirigidas a metas (*metas*), c) dificultades para controlar comportamientos impulsivos (*impulsividad*), d) el acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (*estrategias*), e) falta de consciencia emocional (*consciencia*) y f) falta de claridad emocional (*claridad*). Se utiliza una escala Likert con

puntuaciones del 1 al 5 (donde 1= casi nunca y 5= casi siempre) para registrar la frecuencia con la que las personas se identifican con cada reactivo. Las puntuaciones más altas de la escala indican mayores dificultades de regulación emocional. Las propiedades psicométricas indican una buena consistencia interna (a de Cronbach = 0.93) y una adecuada confiabilidad test-retest ($r=0.88$)

- *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)*

Se utilizó la versión reducida de 21 reactivos modificada y adaptada a población mexicana (González & Landero, 2007). Fue desarrollada originalmente en España por Sandín y Chorot (2003) con 42 reactivos y siete dimensiones que corresponden a los estilos básicos de afrontamiento: autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, solución de problemas y religión. Se utiliza una escala Likert con puntuaciones del 0 al 4 (donde 0= nunca y 4= casi siempre) para registrar la frecuencia con la que las personas se identifican con cada reactivo. Una vez sumados los puntajes de los reactivos correspondientes a cada dimensión, el resultado final en cuanto a la frecuencia de utilización de cada estilo de afrontamiento se describe de la siguiente manera: 0= nunca lo usa, 1-3= lo usa pocas veces, 4-6= lo usa a veces, 7-9= lo usa frecuentemente y 10-12= lo usa casi siempre. Las propiedades psicométricas indican una buena consistencia interna (a de Cronbach = 0.64 a 0.87 en las 7 dimensiones) para la versión reducida.

- *Escala para evaluar estilos educativos parentales (estilos de crianza).*

Se utilizó la versión original diseñada por Fuentes, Motrico y Bersabé (2001) que consta de dos escalas: la Escala de Afecto (EA) que consta de 20 reactivos con una escala tipo Likert con puntuaciones del 1 al 5 (donde 1= nunca y 5= siempre), que a su vez se compone de dos factores: 1) afecto-comunicación y 2) crítica-rechazo de los padres hacia sus hijos.

Cada factor consta de 10 ítems. La puntuación total de cada factor está comprendida entre 10 y 50; la Escala de Normas y Exigencias (ENE) consta de 28 reactivos con una escala tipo Likert con puntuaciones que van del 1 al 5 (donde 1= nunca y 5= siempre), la cual se compone de tres dimensiones: 1) forma inductiva, 2) forma rígida y 3) forma indulgente que tienen los padres de establecer y exigir el cumplimiento de las normas. Los dos primeros factores se componen de 10 ítems cada uno y el tercero de 8. La puntuación total de los dos primeros factores está comprendida entre 10 y 50 y el tercer factor entre 8 y 40. Las propiedades psicométricas indican una adecuada consistencia interna (a de Cronbach = 0.60 a 0.90).

- *Entrevista semiestructurada ex profeso*

Recaba datos sociodemográficos de los cuidadores primarios y los integrantes de la familia, así como datos específicos acerca de las relaciones familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos del niño, aspectos socioeconómicos, entre otros.

Materiales de la Intervención

Módulo 1

- Figuras de fomi de diferentes órganos, células sanas y células cancerígenas, glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas.
- Juego médico: baumanómetro, termómetro, estetoscopio y otoscopio de juguete, jeringas sin aguja, algodón, cubrebocas simulando un campo estéril, botellita de isodine de juguete, vaso de vidrio para la recolección de muestras, una mascarilla de anestesia tamaño neonatal.
- Cuestionario de Adquisición de Conocimientos del Módulo 1: preguntas de opción múltiple acerca de la enfermedad y los tratamientos (Ver anexo G).

Módulo 2

- Formato de Solución de Problemas para pacientes con cáncer de Nezu et al. (1998) (Ver anexo I).

Módulo 3

- “Cajita de emociones” de la Fundación *Cuidarte A.C.*
- Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (2011)
- Formato de registro de emociones en relación al diagnóstico
- Cuestionario de Adquisición de Conocimientos del Módulo 3: preguntas de opción múltiple acerca de los principales sesgos cognitivos (Leahy, 2011) de la experiencia emocional (Ver anexo H).

Consideraciones éticas

Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento informado, en la que se detalla en qué consiste la participación y los riesgos (mínimos) que se pudieran presentar. Los participantes eran libres de permanecer o retirarse del protocolo en cualquier momento (Ver anexo A).

Procedimiento

El protocolo se llevó a cabo en tres fases:

- a) Fase 1: Detección de necesidades y recolección de información de las problemáticas más frecuentes en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pediátrico.
- b) Fase 2: Prueba piloto de las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas con 5 participantes sin realizar evaluaciones previas y posteriores a la intervención.
- c) Fase 3: Evaluación e intervención a los participantes seleccionados en el periodo de Enero 2019 a Junio 2019.

En la Fase 1 se realizaron diez entrevistas con los cuidadores primarios de los pacientes de las alas de hospitalización de oncología en diferentes etapas del tratamiento oncológico. Se identificó que los cuidadores primarios carecían de información completa y veraz al respecto de las características de la enfermedad, los tratamientos y los cuidados complementarios. Los padres dieron una descripción errónea de la enfermedad atribuyéndole causas que no corresponden al discurso médico, o bien expresaban que “no sabían” en qué consistía la enfermedad, a pesar de que ya habían sido abordados por el personal médico.

Los cuidadores refirieron que la cantidad de problemáticas que surgían en relación al cuidado de los hijos enfermos, los hijos sanos, problemas familiares y problemas económicos, en ocasiones les daban una sensación de ahogo e intranquilidad. Dijeron que no sabían cómo solucionarlos o a cuáles darles prioridad y a veces desistían en intentar resolverlos.

Finalmente, se observó que los cuidadores en interacción con sus hijos recurrían reiteradamente a discursos que invalidaban las emociones de sus hijos, o de sus propias emociones al momento de narrar su experiencia en el hospital, por ejemplo, “Mi hijo no puede verme triste”, “A veces siento tantas cosas que ya no sé ni qué siento”. Algunos padres no permitían que sus hijos lloraran o reprimían las expresiones de enojo y frustración diciendo frases como “No llores porque tienes que ser fuerte”, “Si sigues haciendo berrinche le voy a hablar a la doctora para que te pique”.

Tomando en consideración las observaciones anteriores se decidió elaborar un protocolo que pudiera impactar sobre las problemáticas descritas con técnicas como la psicoeducación, la solución de problemas

y la identificación, validación y reestructuración de la experiencia emocional.

La prueba piloto de la Fase 2 permitió darles una secuencia determinada a los módulos. Las tareas relacionadas directamente con la experiencia emocional se realizaron con mayor facilidad si estas se llevaban a cabo al final de la intervención, mientras que las tareas de adquisición de conocimientos o de solución de problemas se realizaban con mayor facilidad al inicio.

A continuación, se describen las etapas de la intervención final:

Etapa inicial

Los pacientes se reclutaron a través de interconsultas realizadas por los médicos del Servicio de Oncología al momento en que se confirmaba un diagnóstico oncológico. Se les explicó a los cuidadores que el Servicio de Psicología es un servicio diseñado para el acompañamiento a lo largo del proceso de tratamiento y que se estaba llevando a cabo un protocolo de investigación para ayudar en el proceso de adaptación a la enfermedad al momento del diagnóstico. Los cuidadores que aceptaron participar firmaron una carta de consentimiento informado donde se les explicaban "*costos y beneficios*" del protocolo. Después se realizó una valoración inicial que constituyó la línea base con los cinco instrumentos utilizados y una entrevista semiestructurada para obtener información del contexto de salud, económico y familiar de los pacientes.

Etapa intermedia

Una vez finalizada la historia clínica se dio inicio a la intervención administrada individualmente en los pisos de hospitalización o en el consultorio designado para el Servicio de Psicología, dependiendo de las necesidades de cada participante; cada sesión duraba

aproximadamente 90 minutos. La frecuencia y el número de sesiones por módulo variaron entre los participantes; sin embargo, en promedio la frecuencia fue entre 1 y 2 veces por semana y se necesitaron entre 2 y 3 sesiones por módulo. La intervención estuvo compuesta por los siguientes módulos:

- *Psicoeducación de la enfermedad y los tratamientos.* El objetivo de este módulo fue clarificar la información dada por los médicos al respecto de en qué consiste la enfermedad, los tratamientos y los cuidados que se deben de tener en casa durante el proceso de tratamiento. El niño podía estar presente durante las sesiones del primer módulo si el cuidador lo deseaba. Con ayuda de material didáctico diseñado para tal propósito, se aclararon las dudas que pudieran tener los cuidadores primarios y los niños al respecto de la información proporcionada. Al finalizar el módulo, el criterio de adquisición de conocimientos y habilidades se evaluó a través de las respuestas correctas de un cuestionario de opción múltiple con información de la enfermedad y los tratamientos (Ver anexo G).
- *El niño enfermo en el hospital.* El objetivo de este módulo fue entrenar a los cuidadores primarios en la técnica de solución de problemas (Nezu & Nezu, 1991) para aproximarse a las dificultades que fueron surgiendo al momento del diagnóstico. Estas dificultades podían estar relacionadas directamente con el cuidado del niño enfermo o con cualquier otra problemática psicosocial detectada por los cuidadores (aspectos económicos, familiares, etc.). Al finalizar el módulo, el criterio de adquisición de conocimientos y habilidades fue el haber resuelto correctamente y por sí mismos un formato de solución de problemas elaborado con base en el formato de solución de

problemas para pacientes con cáncer de Nezu et al. (1998) (Ver anexo I).

- *Reacciones emocionales asociadas al diagnóstico.* El objetivo principal de este módulo fue lograr que los cuidadores primarios pudieran identificar y nombrar las emociones experimentadas al momento del diagnóstico, modificar las interpretaciones negativas (por ejemplo, culpa, visión simplista, etc.) de la experiencia emocional y favorecer la aceptación, expresión y autovalidación de la experiencia emocional. Utilizando material didáctico de la Fundación Cuidarte A.C. para la educación emocional se identificaron las emociones experimentadas por medio de tarjetas con los nombres de las diferentes emociones. La psicóloga iba registrando junto con los cuidadores en un formato diseñado y elaborado por la investigadora para registrar las respuestas en términos de:
 - a) emociones experimentadas al momento del diagnóstico,
 - b) emociones percibidas como “molestas”
 - c) emociones percibidas “no molestas”,
 - d) emociones que se continúan experimentando a la posteridad del diagnóstico y
 - e) emociones que también se identifican en el niño enfermo.

Se aplicó la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (2011) para identificar los sesgos cognitivos al respecto de la experiencia emocional. Se implementó la técnica de reestructuración cognitiva (Beck, 2000) con las modificaciones realizadas por Leahy, Tirsch & Napolitano (2011) en su teoría de esquemas emocionales a fin de identificar creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados al

respecto de la experiencia emocional. Al finalizar el módulo, el criterio de adquisición de conocimientos y habilidades fue contestar correctamente el cuestionario de opción múltiple con información al respecto de las creencias disfuncionales de la experiencia emocional.

Al término de cada módulo se aplicaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para registrar los cambios en la sintomatología depresiva y ansiosa a través del tiempo, haciendo tres mediciones en total (una por cada módulo) durante esta fase.

Etapa final

Al finalizar los tres módulos se aplicaron nuevamente los cinco cuestionarios aplicados al inicio del protocolo (BAI, BDI, CAE, DERS y Crianza) para registrar cambios posteriores a la intervención. A los pacientes que completaron el protocolo completo junto con todas las mediciones se les hizo entrega de un diploma reconociendo su esfuerzo y perseverancia.

Análisis de datos

Las medidas estandarizadas que se evaluaron antes y después de la intervención se analizaron con la prueba no paramétrica para diferencias entre grupos relacionados “Wilcoxon”.

Para las mediciones que se registraron a través del tiempo se realizó un análisis visual para datos de caso único y se aplicó el método *Non-overlap of all pairs* (NAP) para ponderar diferencias entre la fase de línea base y la fase de intervención.

Resultados

Análisis pre-post intervención

En la Escala de Problemas en la Regulación Emocional (DERS) se obtuvieron dos dimensiones que presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$): (1) la falta de claridad emocional (CLARITY) ($p = .024$) y (2) la no aceptación de las respuestas emocionales (NONACCEPTANCE) ($p = .032$). La diferencia se orienta hacia la disminución de los puntajes de ambas dimensiones en la post-intervención. La disminución implica una mejora en los problemas asociados a dichas dimensiones de regulación emocional.

El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) no arrojó diferencias significativas entre sus dimensiones antes y después de la intervención.

La Escala para Evaluar Estilos Educativos Parentales reveló una dimensión con diferencias significativas ($p < .05$) en la subescala de Normas y Exigencias (ENE) en la dimensión de forma rígida para establecer disciplina ($p = .033$).

El problema más frecuente referido en la DERS fue en la dimensión de *falta de consciencia emocional* (AWARENESS), que se mantuvo antes y después de la intervención. El problema menos referido al principio de la intervención fue la dimensión de dificultades para controlar comportamientos impulsivos (IMPULSE), y al final de la intervención la dimensión de falta de claridad emocional (CLARITY).

Lo referente al Cuestionario de Afrontamiento del Estrés la estrategia más utilizada por los participantes fue *reevaluación positiva* tanto antes como después de la intervención y la menos utilizada fue *expresión emocional abierta*.

En la Escala de Estilos Parentales, en la primera subescala o Escala de Afecto (EA) hubo un predominio de la dimensión *afecto-comunicación* y en la de Normas y Exigencias hubo un predominio en la dimensión de *forma inductiva*.

Análisis a través del tiempo

Se aplicó el análisis estadístico para caso único (N=1) de *Nonoverlap of All Pairs (NAP)*, que permite identificar diferencias entre la fases de línea de base y de tratamiento. Esto se realizó con dos variables que se midieron a través del tiempo: *depresión y ansiedad*, a través de los puntajes de los inventarios de Beck. Para ambos inventarios, un puntaje alto implica un empeoramiento de los síntomas, mientras que un puntaje bajo implica una mejoría.

Figura 1. Sintomatología ansiosa del caso F-05

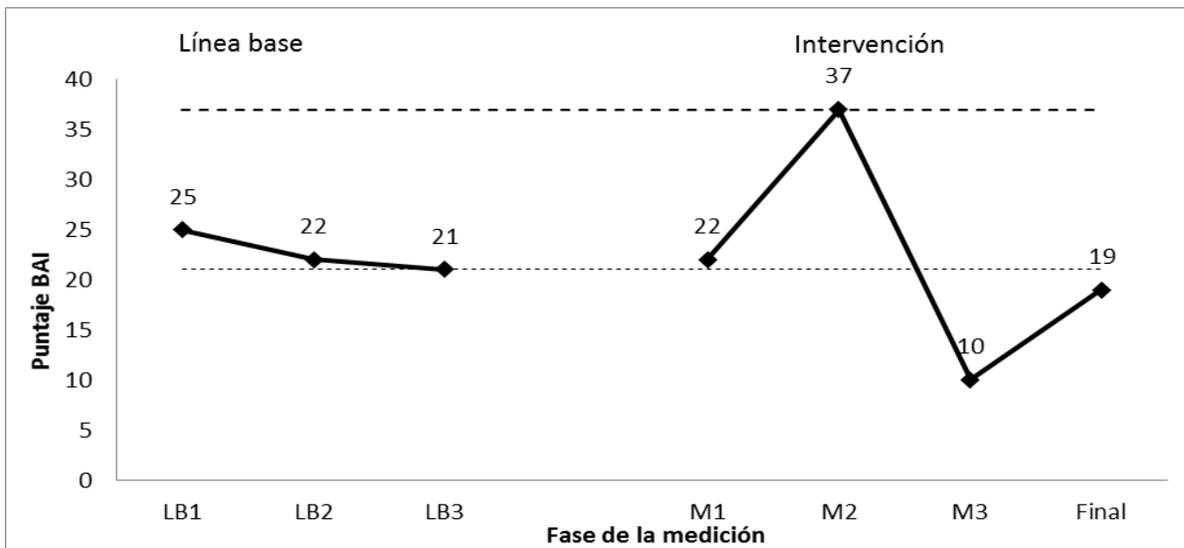


Figura 1. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 2. Sintomatología depresiva del caso F-05

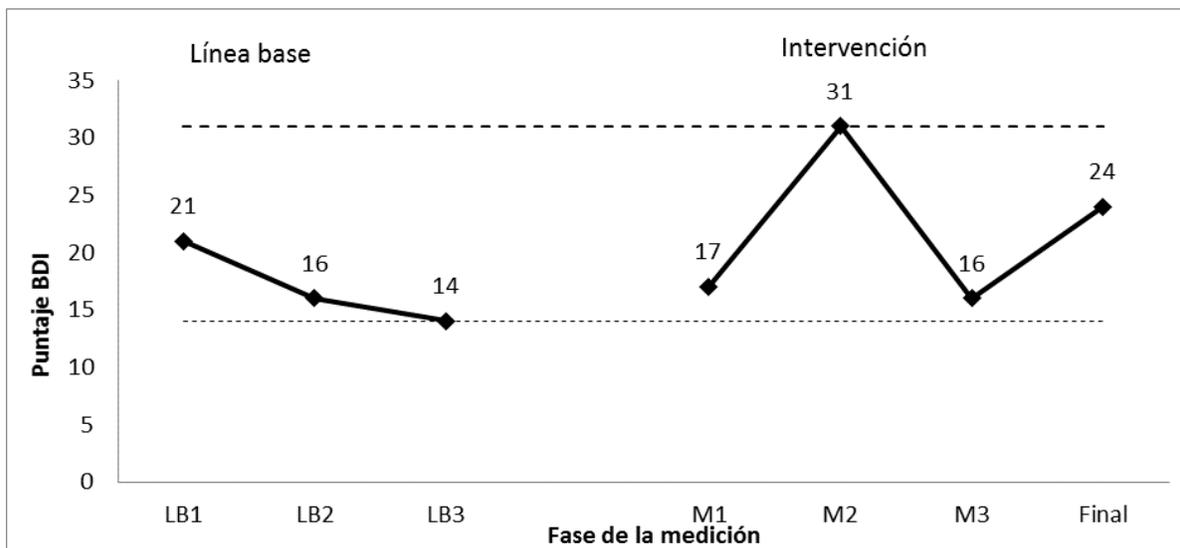


Figura 2. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 3. Sintomatología ansiosa del caso F-06

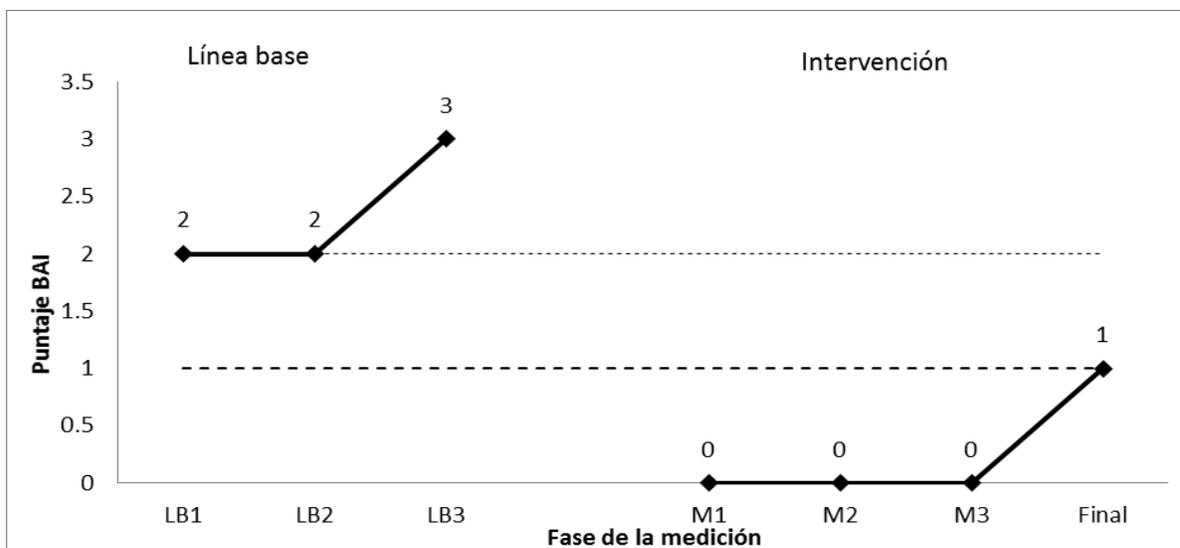


Figura 3. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 4. Sintomatología depresiva del caso F-06

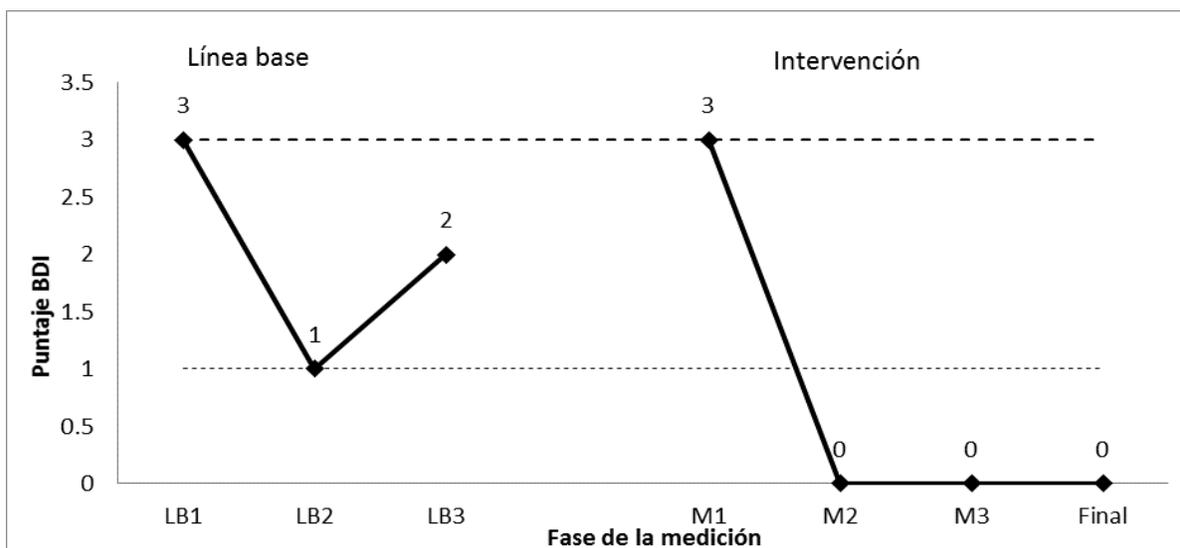


Figura 4. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 5. Sintomatología ansiosa del caso F-10

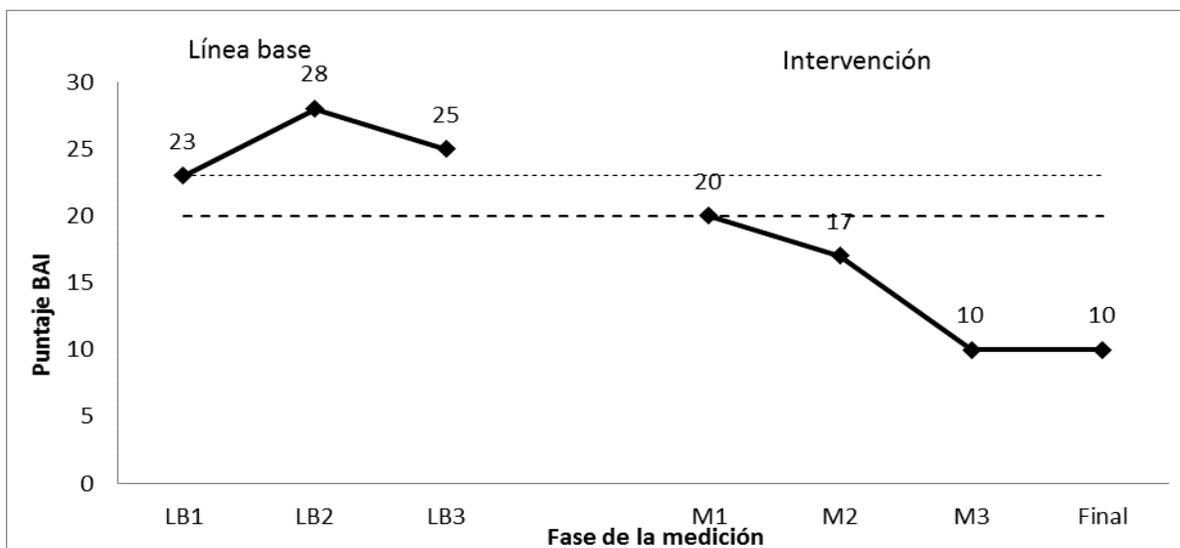


Figura 5. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 6. Sintomatología depresiva del caso F-10

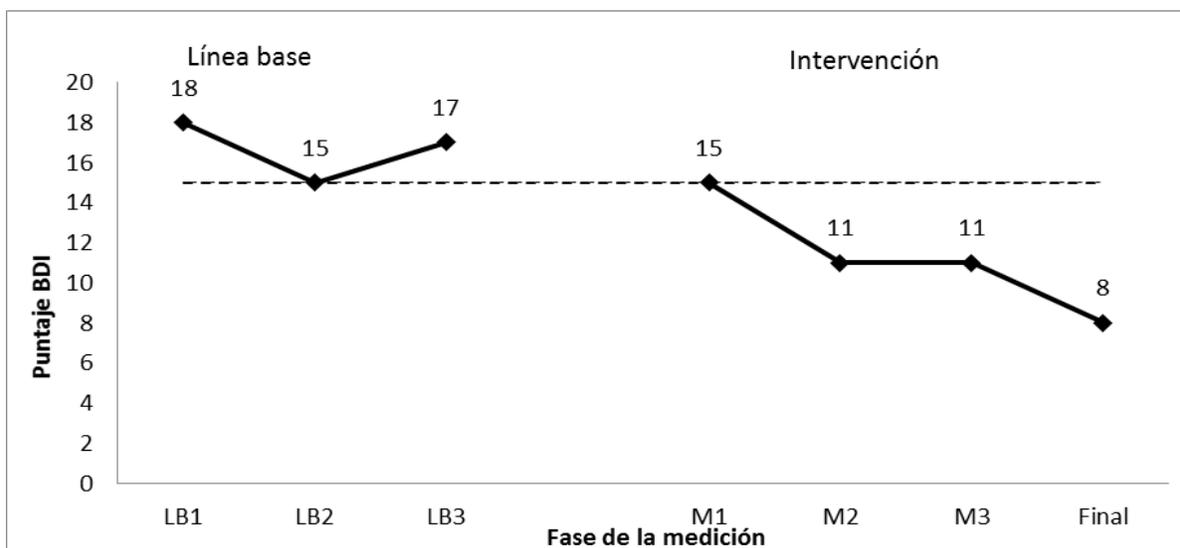


Figura 6. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 7. Sintomatología ansiosa del caso F-12

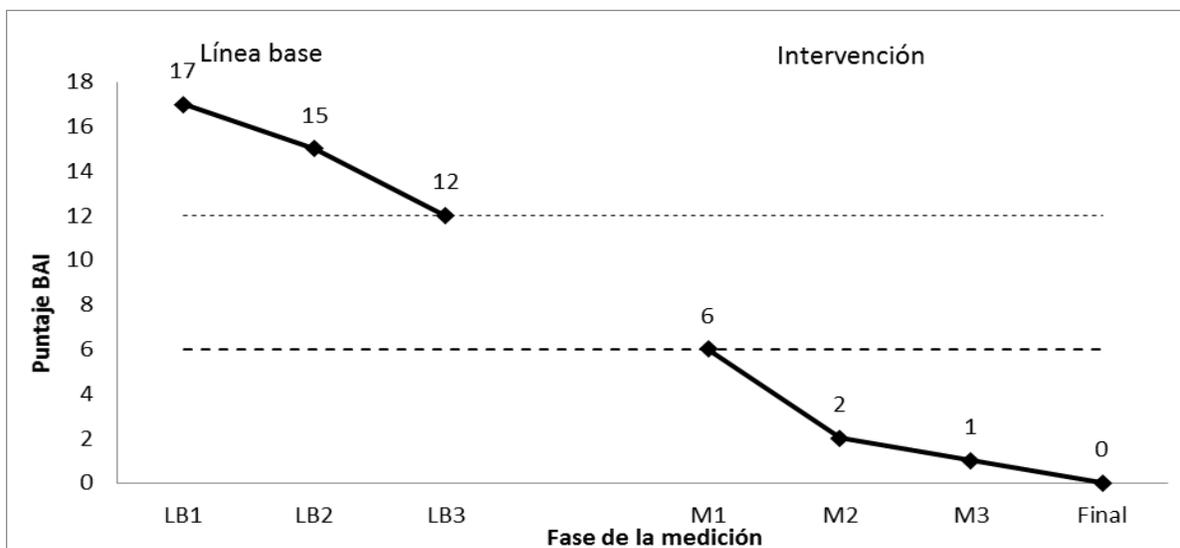


Figura 7. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 8. Resultados de sintomatología depresiva del caso F-12

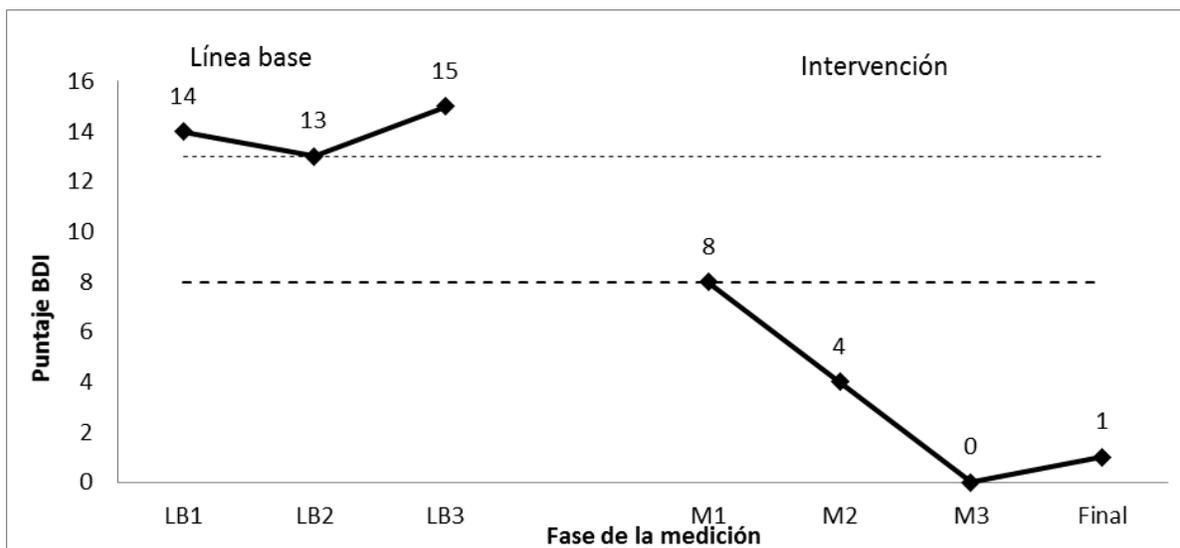


Figura 8. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 9. Sintomatología ansiosa del caso F-19

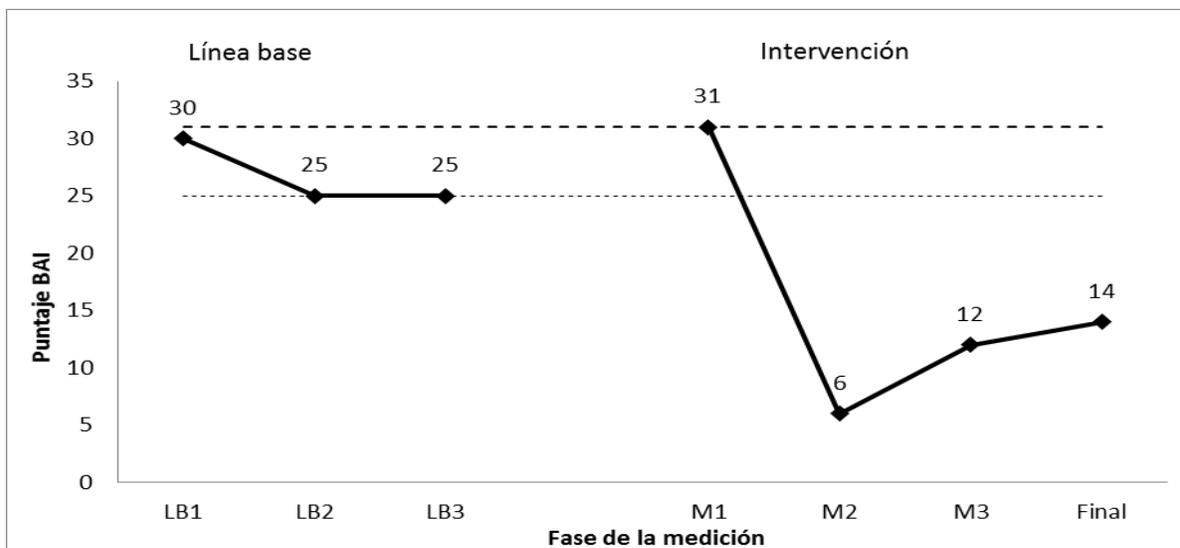


Figura 9. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 10. Sintomatología depresiva del caso F-19

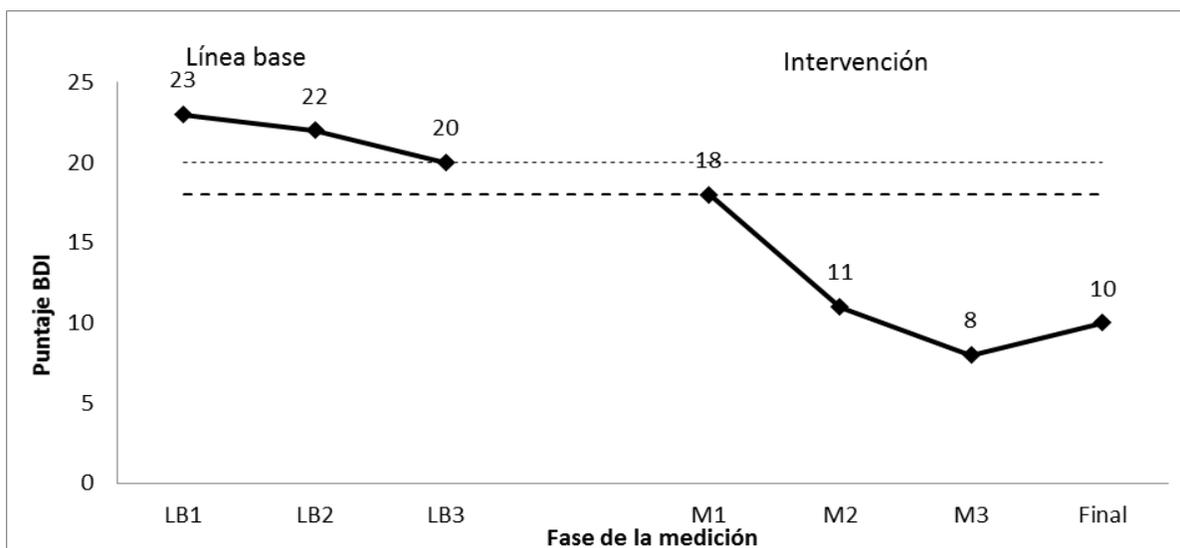


Figura 10. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 11. Sintomatología ansiosa del caso F-20

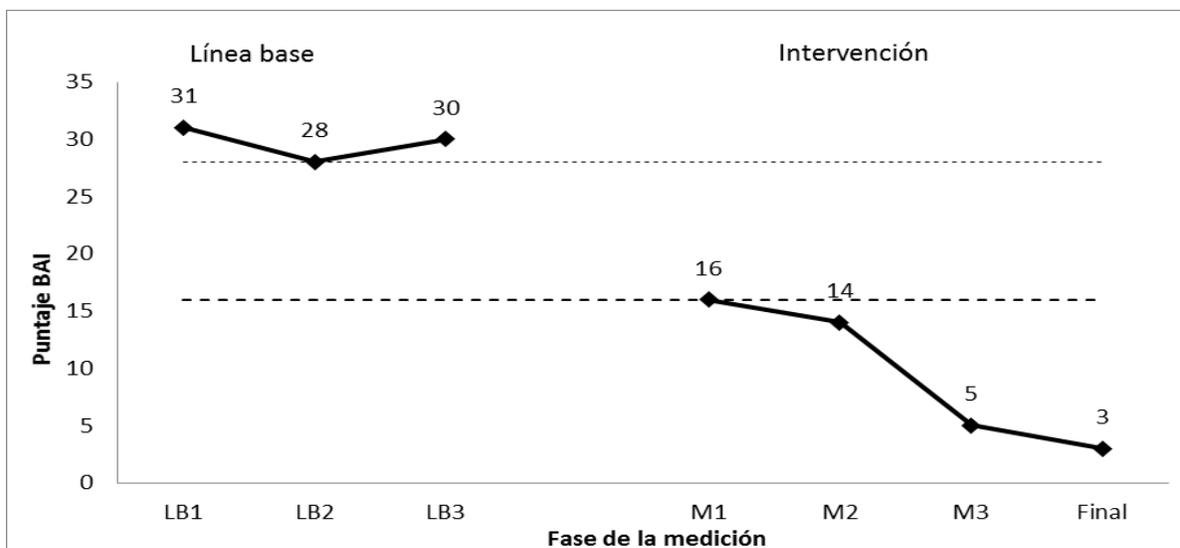


Figura 11. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 12. Sintomatología depresiva del caso F-20

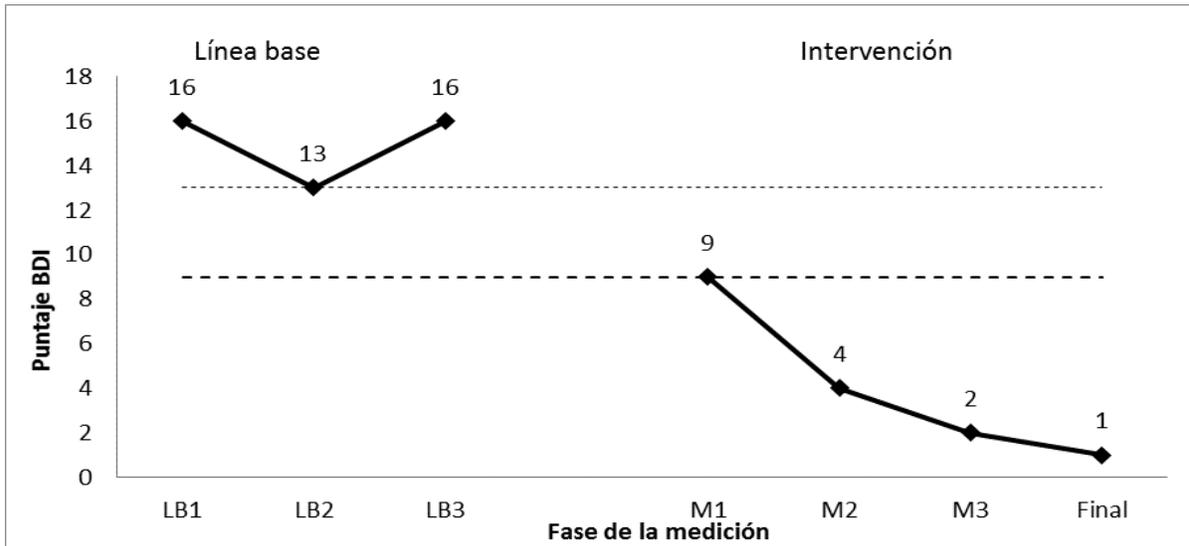


Figura 12. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 13. Sintomatología ansiosa del caso F-21

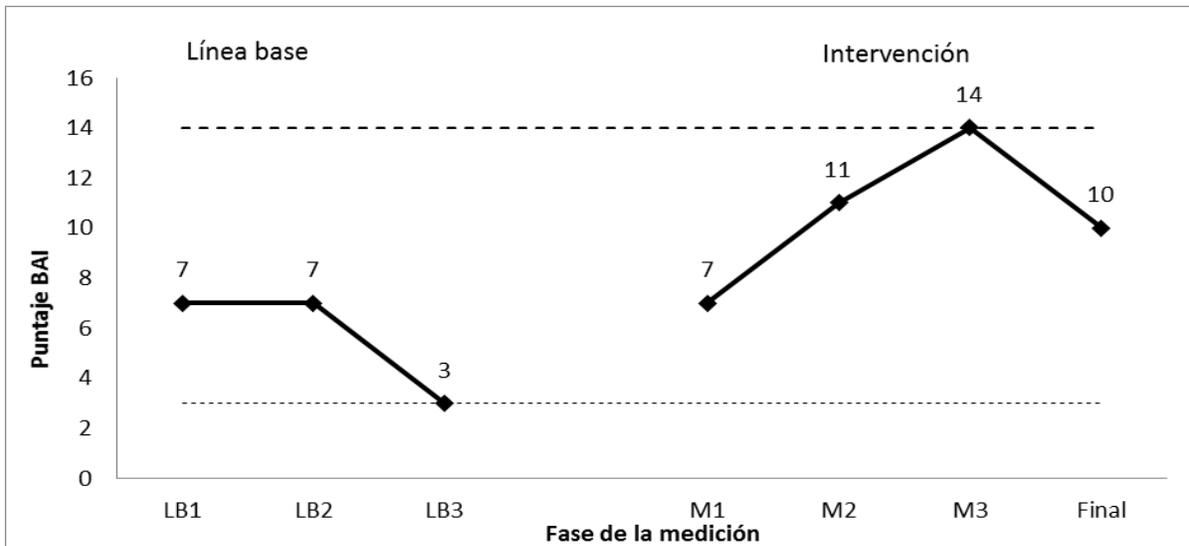


Figura 13. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 14. Sintomatología depresiva del caso F-21

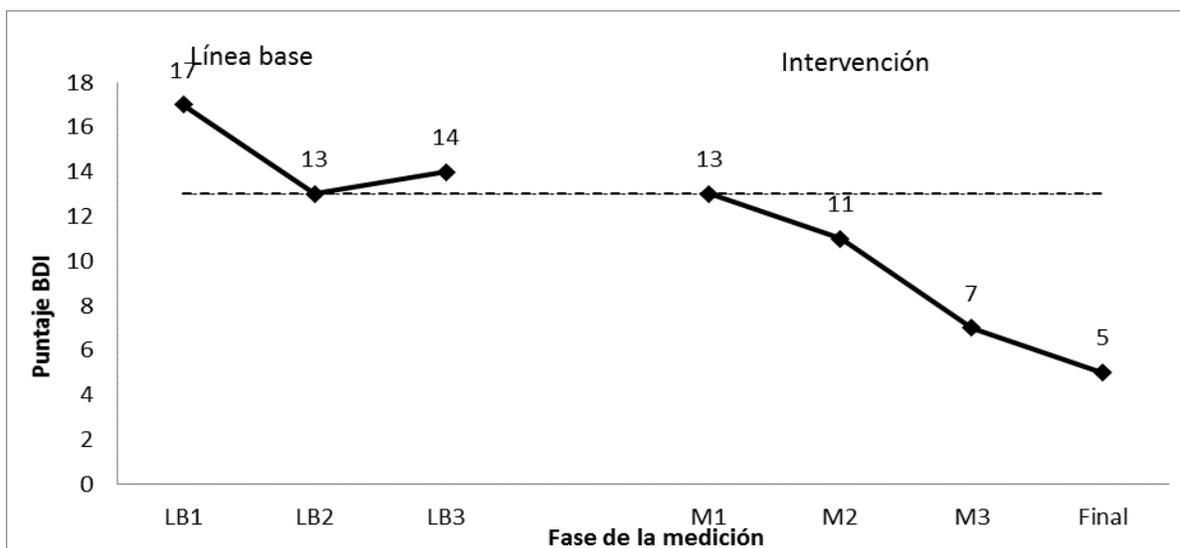


Figura 14. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 15. Sintomatología ansiosa del caso F-24

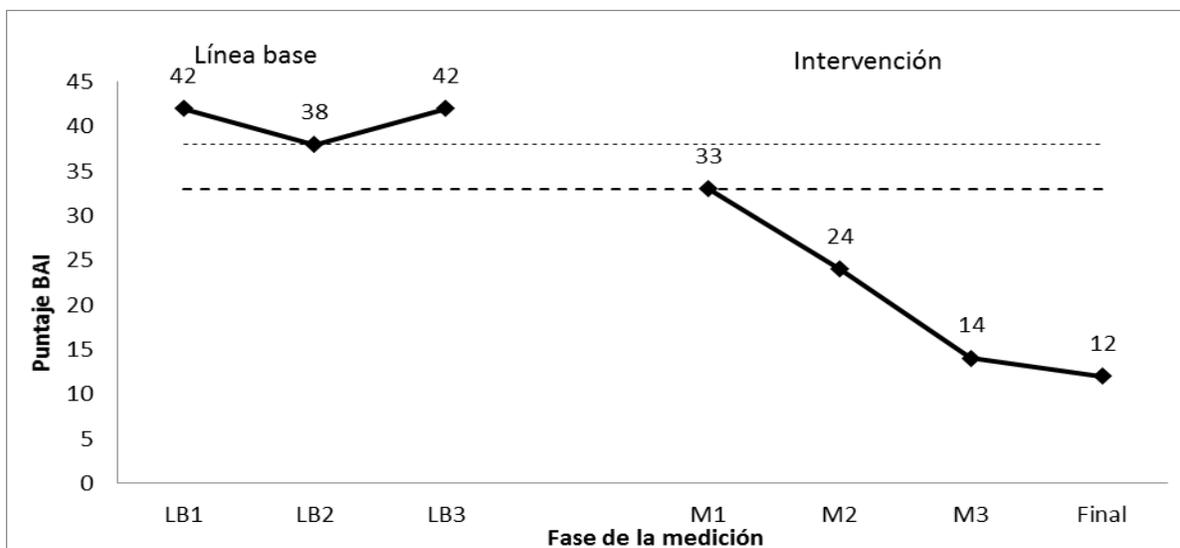


Figura 15. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 16. Sintomatología depresiva del caso F-24

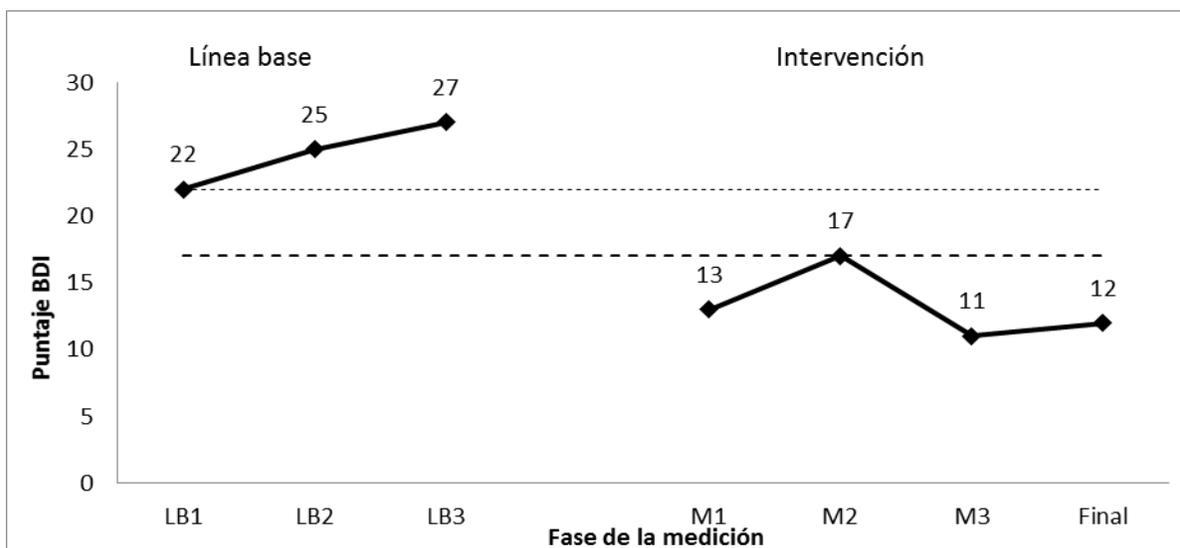


Figura 16. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 17. Sintomatología ansiosa del caso F-26

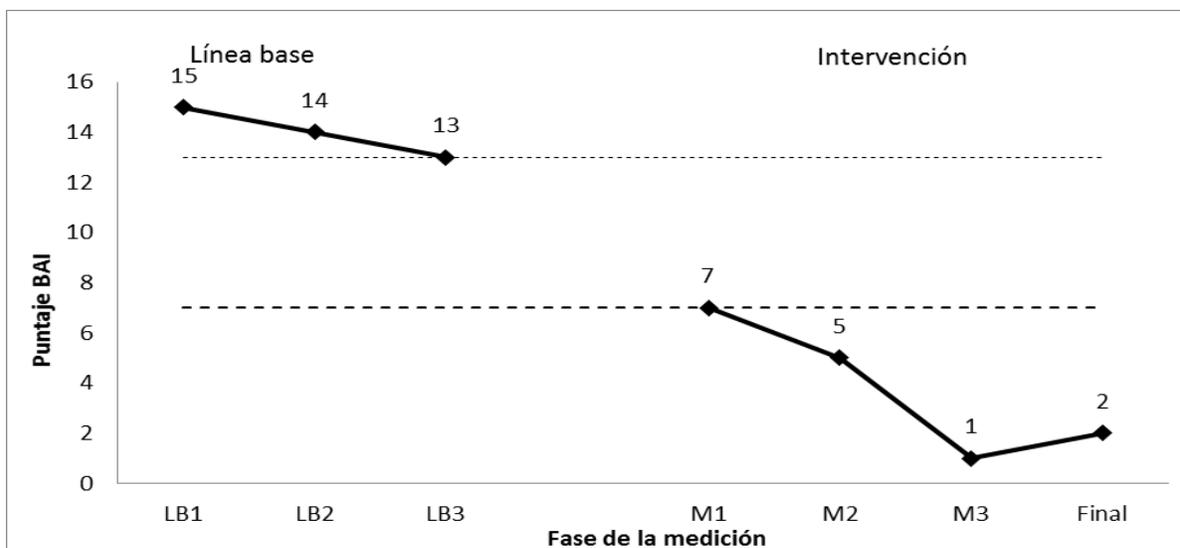


Figura 17. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Figura 18. Sintomatología depresiva del caso F-26

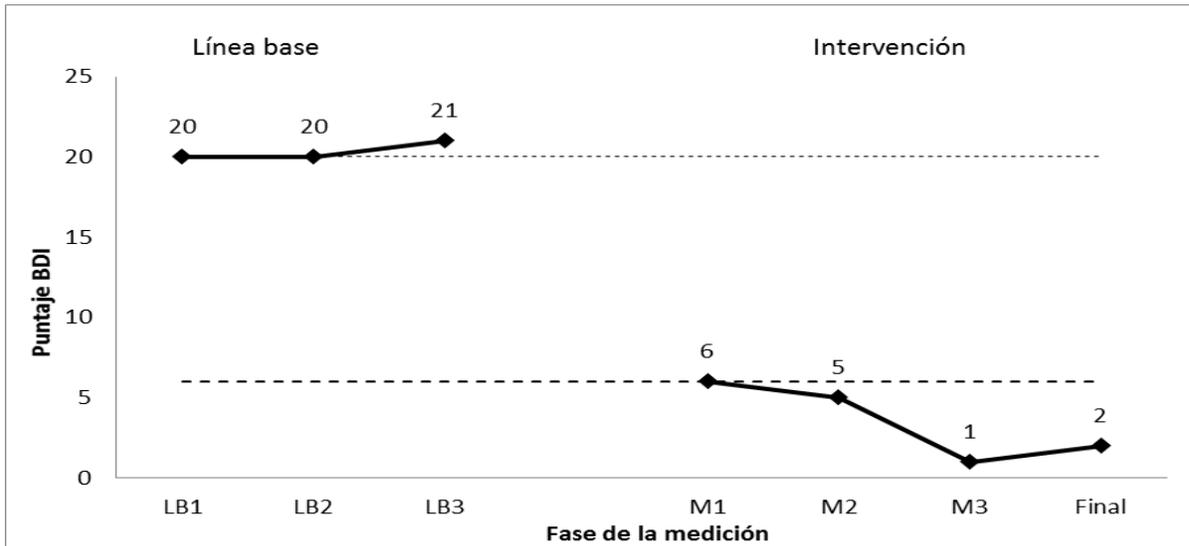


Figura 18. En el eje de las abscisas se muestra la fase de las mediciones realizadas donde LB= línea base y M= módulo. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Las líneas punteadas corresponden al área de traslape entre fases.

Estimación del tamaño del efecto clínico

Se realizó en análisis estadístico de caso único *Non-overlap of All Pairs* (NAP) para cada variable y cada caso, considerando los puntajes anteriores, obteniendo los siguientes resultados mostrados en la Tabla 2.

Tabla 2: Tamaño del efecto

Caso	NAP (ansiedad)	Tamaño del efecto	NAP (depresión)	Tamaño del efecto
F-05	0.625*	Efecto débil	0.208*	Efecto débil
F-06	1*	Efecto fuerte	0.791*	Efecto medio
F-10	1*	Efecto fuerte	0.958*	Efecto fuerte
F-12	1*	Efecto fuerte	1*	Efecto fuerte
F-19	0.75*	Efecto medio	1*	Efecto fuerte
F-20	1*	Efecto fuerte	1*	Efecto fuerte
F-21	0.083*	Efecto débil	0.958*	Efecto fuerte
F-24	1*	Efecto fuerte	1*	Efecto fuerte
F-26	1*	Efecto fuerte	1*	Efecto fuerte

En 6 de los 9 casos se obtuvo un efecto fuerte de la intervención en la variable de ansiedad, un caso obtuvo un efecto medio y en dos casos se obtuvo un efecto débil debido a que se obtuvieron puntajes más altos que en el periodo de línea base. Para la variable de depresión se obtuvieron siete casos con un efecto fuerte, un caso con efecto medio y un caso con efecto débil. Considerando los puntajes de ambas variables se encontró un efecto de la intervención más evidente sobre la variable de depresión.

El caso F-05 fue el único donde, en ambas variables, se observó un traslape importante entre fases (ver Figura 1 y 2), por lo que se puede argumentar que no hubo mejoría en la sintomatología.

Discusión

El objetivo del estudio fue evaluar los efectos de una intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales en la regulación emocional de los cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cáncer.

Los resultados denotan presencia significativa de falta de claridad y no aceptación de las emociones o la experiencia emocional mismas que fueron más bajas al final de la intervención. Esto podría atribuirse al hecho de que el módulo correspondiente de la intervención aborda de manera directa el reconocimiento y la aceptación de la experiencia emocional.

Con ayuda del material didáctico, se fueron develando junto con el paciente aquellas palabras que correspondían a los sentimientos que ellos experimentaron. De esta manera, el participante fue formando su propio mapa emocional en el cual no solamente logró identificar y etiquetar las emociones, sino que se analizó su rol en la experiencia particular de cada sujeto. Esta primera parte del reconocimiento emocional puede contribuir a que se disminuyan los problemas en relación a la falta de claridad emocional.

La parte de *no-aceptación* se abordó a través del componente de reestructuración cognitiva en el que se discuten los principales sesgos cognitivos en relación a la experiencia emocional. Con base en la teoría de los esquemas emocionales de Leahy (2011), se identifican aquellos esquemas en los que predominan ciertas creencias que llevan a conductas desadaptativas que no van dirigidas a la consecución de metas y que aumentan síntomas de malestar psicológico, por ejemplo, síntomas de ansiedad o depresión.

La dimensión que tuvo la media más grande fue la de dificultades en la conciencia emocional, sin embargo esta no mostró diferencias

significativas antes y después de la intervención. Es posible que los componentes del módulo de regulación emocional estén centrados principalmente en el reconocimiento y la aceptación, pero hacer consciente una emoción es un proceso más complejo que requiere de esta percepción del estado interno del cuerpo en relación a las emociones (Gross, 2015) y esta parte no se abordó en la intervención. Otra posible explicación, desde un punto de vista metodológico es que esta es la única dimensión de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* que requiere que los puntajes de todos los reactivos se califiquen de manera invertida. Si las participantes contestaron el instrumento sesgando sus respuestas hacia las primeras columnas, eso podría explicar por qué los puntajes de esa dimensión se encontraron más elevados que el resto.

En *Afrontamiento al Estrés* no se encontraron mejorías en ninguna dimensión. Sin embargo, la mayoría de las participantes ya tenían un predominio de afrontamiento de reevaluación positiva, donde lo que se modifica es la interpretación de la situación y no la situación en sí misma (Gross & Thompson, 2007). Este estilo de afrontamiento correlaciona positivamente con la disminución de los síntomas de depresión (Gortner, Rude, & Pennebaker, 2006) y, como los resultados de la variable de depresión sugieren, hubo una mejora más evidente en los síntomas de depresión que en los de ansiedad. Es probable que los estilos de afrontamiento pudieran haber funcionado como factores protectores inherentes a las participantes, que facilitaron la disminución de los síntomas de depresión.

En crianza se encontraron diferencias en la dimensión de *estilo rígido*, que puede explicarse a partir de que el módulo de regulación emocional pide a los padres describir las experiencias emocionales de sus hijos. Lo anterior les permitiría notar la diversidad emocional de sus hijos de la cual pueden derivarse muchas conductas tanto adaptativas como desadaptativas. Además, en el Módulo 2 enfocado a la solución de

problemas, se trabaja la flexibilidad cognitiva para encontrar soluciones que lleven a mejores resultados para todas las partes involucradas (consecuencias personales y sociales). La crianza rígida se relaciona con inflexibilidad y la imposición más que la negociación (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001; Thompson, Mayer y Jochem, 2009). Los padres, al hacerse conscientes de las emociones de sus propios hijos pueden lograr verlos como un individuo propio con necesidades y experiencias individuales lo que podría favorecer la negociación y el entendimiento mutuo. Este supuesto se corrobora con los hallazgos de la revisión sistemática elaborada por Law et al. (2019) en la que se observa un cambio en el comportamiento de los padres con sus hijos después de llevar a cabo un entrenamiento en solución de problemas.

Hubo un predominio del afecto-comunicación y del estilo *inductivo* de crianza. Probablemente, como mencionan diversos autores (Farberman, 2010; Steele, Long, Reddy, Luhr & Phipps, 2003 Titova, 2015; Williams & McCarthy, 2015), los padres suelen percibir a los niños como vulnerables física y emocionalmente, por lo que tienden a ser más expresivos y afectivos con sus hijos. El estilo inductivo incluye predominio de la negociación que se complementa con marcar límites y moldear la conducta del niño de acuerdo con valores de los padres sin uso de la agresión (Bersabé, Fuentes & Motrico, 2001).

Aunque la teoría propone que los padres tienden a volverse más laxos al impartir disciplina, en este estudio no se cumplió este supuesto ya que la dimensión de laxitud corresponde al estilo indulgente, que no se observó predominante en ninguna de las nueve participantes. Sin embargo, también habría que considerar el factor de la deseabilidad social en la que las madres pudieron pretender mostrar la mejor versión de sí mismas ante la investigadora, por lo que las respuestas pudieran estar sesgadas.

El análisis a través del tiempo reveló que la mayoría mejoró en sintomatología depresiva y ansiosa, lo cual corresponde con los hallazgos encontrados en las revisiones sistemáticas y en el meta-análisis (Law et al., 2019; Sánchez-Egea, 2019), donde la Terapia de Solución de Problemas muestra los efectos más claros sobre la sintomatología depresiva y ansiosa. Sin embargo, en un caso esto no ocurrió en ninguna de las dos variables. Lo anterior podría atribuirse a la diversidad experiencias en las que estaban involucrados los participantes. Como mencionó el capítulo 1 sobre aspectos psicológicos en estas condiciones, ocurren muchos cambios a nivel personal y familiar que pueden darse de manera abrupta como separaciones, eventos familiares violentos, uso y consumo de sustancias, exacerbación de los síntomas psiquiátricos preexistentes, etc. En el caso particular de la participante F-05, ella estaba atravesando por dificultades con el padre del niño que involucraban violencia y conflictos legales que ocurrieron y se exacerbaron a lo largo del tratamiento. Esto pudo intensificar los síntomas de ansiedad y depresión. Aunque los elementos de los módulos pueden adaptarse a las necesidades de los pacientes, estas necesidades pueden cambiar repentinamente durante el proceso de enseñanza-aprendizaje de las herramientas, por lo que su efecto pudiera verse limitado.

Una evaluación general del protocolo de intervención muestra puntos fuertes que radican en una intervención modular, por lo que le permite al participante avanzar a su propio ritmo y observar su aprendizaje a través del tiempo. Se trata de una intervención que en esencia es breve y se puede realizar en los primeros seis meses del diagnóstico. Puede haber eventos no previstos como el fallecimiento de los niños, pero está diseñada de modo que responde a las necesidades expuestas por los participantes de forma personalizada. Esto lleva a herramientas que se pueden utilizar a lo largo del tratamiento y no

solamente en el recién diagnóstico ni con un tipo de problemática en particular.

Se trata de una intervención que puede instrumentarse en prácticamente cualquier espacio, con o sin consultorio designado pues requiere pocos materiales, lo cual resulta práctico en un contexto hospitalario con pocos espacios físicos disponibles para intervenciones psicológicas.

Finalmente, el protocolo se diseñó de modo que puede adaptarse a cualquier tipo de enfermedad, por lo que respondería a necesidades de otras poblaciones hospitalarias. Además, las herramientas que lo conforman no sólo sirven de ayuda en un momento particular sino que se puede recurrir a ellas bajo prácticamente cualquier circunstancia con adaptaciones mínimas.

Recomendaciones para estudios futuros

Hay aspectos metodológicos que pueden mejorarse, como la poca disponibilidad de pacientes para formar un grupo más grande que pudiese aportar datos un tanto más generalizables respecto de la funcionalidad de la intervención. El uso de los instrumentos de medición también presentó limitantes. No todos los participantes tienen la capacidad de comprensión lectora para utilizar el material o contestar los cuestionarios, por lo que tendrían que adaptarse a un castellano local pues no todos están validados para población mexicana, además de que son muchos cuestionarios con una gran cantidad de reactivos. Esto puede hacer que los pacientes se nieguen a contestarlos, los contesten de manera aleatoria o lo hagan a partir del fenómeno de deshabilidad social. El elaborar una intervención como la descrita en un hospital de alta especialidad en México, implica que los pacientes lleguen con

estadios avanzados de la enfermedad que implican un fallecimiento a corto plazo, y en ocasiones se generan dificultades para darle continuidad a las evaluaciones o al tratamiento.

Estudios futuros podrían probar formas más eficientes y breve de medir la regulación emocional en un contexto hospitalario. Sería conveniente encontrar una forma efectiva de poder medir los efectos de la intervención en sintomatología depresiva y ansiosa de los niños enfermos. Se necesitaría contar con una o varias escalas, conductuales o de autoinforme que abarquen gamas de edad amplias que consideren que algunos síntomas psicológicos pueden estar ocasionados por los medicamentos o por la enfermedad misma. Se sugiere la posibilidad de hacer más mediciones después de la intervención para tener una idea de cuáles son los efectos a corto, mediano y largo plazo. Finalmente, se sugiere utilizar un diseño de línea base múltiple para generar datos con una condición "control" sin dejar a los participantes sin el tratamiento pertinente, aunque ponderando cuidadosamente las características de sobrevida de los pacientes.

Referencias

- Acha García, T. (2007). Aspectos generales del cancer en la infancia. En A. Muñoz Hoyos, E. Del Moral Romero, & J. Uberos Fernández, *Oncología Infantil* (págs. 17-35). Andalucía: Alcalá.
- Adams, D., & Deveau, E. (1984). *Coping with childhood cancer: where do we go from here?* Reston, VA: Reston Publishing Co. .
- Alderfer, M., Kazak, A., & Sheposh, J. (2006). Family issues when a child is on treatment for cancer. En R. Brown, *Pediatric hematology/oncology: a biopsychosocial approach* (págs. 53-74). New York, NY: Oxford University Press.

- Appleton, A., & Kubzansky, L. (2014). Emotion regulation and cardiovascular disease risk. En J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (págs. 596-612). New York: Guilford Press.
- Arabiat, D., Collyer, D., Hamdan-Mansour, A., Khalil, A., & Darawad, M. (2018). The Impact of a Mother's Emotional Strains and Disclosure of Cancer on Her Child's Defensiveness and Adjustment to Cancer. *Cancer nursing, 41*(4), 290-297. doi:10.1097/NCC.0000000000000516.
- Badarau, D., Wangmo, T., Ruhe, K., Miron, I., Colita, A., Dragomir, M., . . . Elger, B. (2015). Parents' Challenges and Physicians' Tasks in Disclosing Cancer to Children. A Qualitative Interview Study and Reflections on Professional Duties in Pediatric Oncology. *Pediatric blood & cancer, 62*(12), 2177-82. doi:10.1002/pbc.25680.
- Beal, E. (1980). Separation, divorce, and single-parent families. En E. Carter, & M. McGoldrick, *The family life cycle: a framework for family therapy* (págs. 241-264). Nueva York, NY: Gardner Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bemis, H., Yarboi, J., Gerhardt, C., Vannatta, K., Desjardins, L., Murphy, L., . . . Compas, B. (2015). Childhood Cancer in Context: Sociodemographic Factors, Stress, and Psychological Distress Among Mothers and Children. *Journal of pediatric psychology, 40*(8), 733-743. doi:10.1093/jpepsy/jsv024.
- Benson, J. B., & Haith, M. M. (2009). *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood*. San Diego : Elsevier Inc.
- Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. (2015). Decentering and related constructs: A critical review and metacognitive processes model. *Perspectives on Psychological Science, 10*, 599-617. doi:10.1177/1745691615594577
- Bersabé, R., Fuentes, M. J., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema, 13*(4), 678-684.
- Bluebond-Langner, M. (1990). *The private worlds of dying children*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Borkovec, T., Alcaine, O., & E, B. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder . En R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin, *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (págs. 77-108). Nueva York: Guilford Press.
- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 288-298. doi:10.1037/0022-006X.70.2.288
- Cernvall, M., Skogseid, E., Carlbring, P., Ljungman, L., Ljungman, G., & von Essen, L. (2016). Experiential Avoidance and Rumination in Parents of Children on Cancer Treatment: Relationships with Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression. *Journal of clinical psychology in medical settings., 23*(1), 67-76. doi:10.1007/s10880-015-9437-4.
- Chabner, B. (1996). Cytidine analogues. En B. Chabner, & D. Longo, *Cancer chemotherapy and biotherapy principles and practice* (págs. 213-233). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Chapman, A., Rosenthal, M., & Leung, D. (2009). Emotion suppression in borderline personality disorder: An experience sampling study. *Journal of Personality Disorders., 23*(1), 29-47.
- Chial, H. (2008). *Proto-oncogenes to oncogenes to cancer*. Recuperado el 25 de Febrero de 2016, de Scitable by nature education:
<http://www.nature.com/scitable/topicpage/proto-oncogenes-to-oncogenes-to-cancer-883>
- Cole, S. (2009). Social regulation of human gene expression. *Current Directions in Psychological Science, 18*(3), 132-137. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01623.x.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 130-140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002
- Deschenes, S., Dugas, M., Radomsky, A., & Buhr, K. (2010). Experimental manipulation of beliefs about uncertainty: effects on interpretative

- processing and access to threat schemata. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1(1), 52-70. doi:10.5127/jep.008510
- Dunn, B., Billoti, D., Murphy, V., & Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material: A comparison of suppression and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 761-773.
- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Font Guiteras, A. (2006). *Guía de tratamientos psicológicos en el cáncer*. Madrid: Pirámide.
- Forkmann, T., Scherer, A., Pawelzik, M., Mainz, V., Druke, B., Boecker, M., & Gauggel, S. (2014). Does cognitive behavior therapy alter emotion regulation in inpatients with a depressive disorder? *Psychology Research and Behavior Management*, 7(12), 147-153.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(6), 823-865. doi:10.1037/0033-2909.132.6.823.
- Fresco, D., Moore, M., van Dulmen, M., Segal, Z., Ma, S., Teasdale, J., & Williams, J. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234-246. doi:10.1016/j.beth.2006.08.003
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Gortner, E., Rude, S., & Pennebaker, J. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapist*, 37(3), 292-303.
- Gratz, K., & 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(1), 41-54.

- Gross, J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (Segunda ed., págs. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follete, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional approach to diagnosis and treatment . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Hayes-Skelton, S., Roemer, L., & Orsillo, S. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(5), 761-773. doi:10.1037/a0032871
- Hofmann, S., & Gómez, A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 739-749. doi:10.1016/j.psc.2017.08.008
- Hoge, E., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D., Ojserkis, R., Fresco, D., & Simon, N. (2015). Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(2), 228-235. doi:10.1007/s10608-014-9646-4
- Hoge, E., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C., Morris, L., Robinaugh, D., . . . Simon, N. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: Effects on anxiety and stress reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(8), 786-792. doi:10.4088/JCP.12m08083
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *NIH Instituto Nacional del Cáncer*. Recuperado el 9 de Enero de 2020, de Diccionario del cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/ansiedad>
- Jerčić, P., & Sundstedt, V. (2019). Practicing emotion-regulation through biofeedback on the decision-making performance in the context of serious games: A systematic review. *Entertainment Computing*, *29*, 75-86. doi:10.1016/j.entcom.2019.01.001

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental, 21*(3), 26-31.
- Katz, E., & Gonzalez-Morkos, B. (2009). School and academic planning . En L. Wiener, M. Pao, A. Kazak, M. Kupst, & A. Patenaude, *Quick reference for pediatric oncology clinicians: the psychiatric and psychological dimensions of pediatric cancer symptom management* (págs. 223-235). Charlottesville, VA: IPOS Press.
- Katz, L., Fladeboe, K., King, K., Gurtovenko, K., Kawamura, J., Friedman, D., . . . Stettler, N. (2018). Trajectories of child and caregiver psychological adjustment in families of children with cancer. *Health psychology, 37*(8), 725-735. doi:10.1037/hea0000619.
- Kaufman, E., Douaihy, A., & Goldstein, T. (2019). Dialectical Behavior Therapy and Motivational Interviewing: Conceptual Convergence, Compatibility, and Strategies for Integration. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi:10.1016/j.cbpra.2019.07.004
- Kearney, J., Salley, C., & Muriel, A. (2015). Standards of Psychosocial Care for Parents of Children With Cancer. *Pediatric blood & cancer, 62*(5), 632-683. doi:10.1002/pbc.25761.
- Law, E., Fisher, E., Eccleston, C., & Palermo, T. (2019). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Review*(3), 1465-1858. doi:10.1002/14651858.CD009660.pub4
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Long, K., Lehmann, V., Gerhardt, C., Carpenter, A., Marsland, A., & Alderfer, M. (2018). Psychosocial functioning and risk factors among siblings of children with cancer: An updated systematic review. *Psychooncology., 27*(6), 1467-1479. doi:10.1002/pon.4669.
- Long, K., Marsland, A., Wright, A., & Hinds, P. (2015). Creating a tenuous balance: siblings' experience of a brother's or sister's childhood cancer diagnosis.

Journal of pediatric oncology nursing, 32(1), 21-31.
doi:10.1177/1043454214555194.

McQuown, L. (1981). The parents of children with cancer: a view from those who suffer most. En J. Spinneta, & P. Deasy-Spinetta, *Living with childhood cancer* (pág. 198). St. Louis, MO: CV Mosby.

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A., Haga, E., Diep, L., Stanley, B., . . . Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared with Enhanced Usual Care for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300. doi:10.1016/j.jaac.2016.01.005

Méndez, J. (2007). Aspectos psicológicos del niño con cáncer. En R. Rivera Luna, *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista* (págs. 275-289). México, D.F.: EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, S.A. de C.V.

Mennin, D., Fresco, D., Ritter, M., & Heimberg, R. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and co-occurring depression. *Depression and Anxiety*, 32(8), 614-623. doi:10.1002/da.22377

Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. doi:10.1016/j.brat.2004.08.008

Momani, T., & Berry, D. (2017). Integrative Therapeutic Approaches for the Management and Control of Nausea in Children Undergoing Cancer Treatment: A Systematic Review of Literature. *Journal of pediatric oncology nursing*, 34(3), 173-184. doi:10.1177/1043454216688638.

Muscara, F., McCarthy, M., Woolf, C., Hearps, S., Burke, K., & Anderson, V. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry*, 30(5), 555-561. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.12.008.

National Cancer Institute. (Febrero de 2013). *Qué es la radioterapia*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2015, de Cancer.Net:
<http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del->

c% C3% A1ncer/c% C3% B3mo-se-trata-el-c% C3% A1ncer/qu% C3% A9-es-la-radioterapia

- Newman, M., & Llera, S. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 371-382. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.008
- Newman, M., Przeworski, A., Fisher, A., & Borkovec, T. (2010). Diagnostic Comorbidity in Adults With Generalized Anxiety Disorder: Impact of Comorbidity on Psychotherapy Outcome and Impact of Psychotherapy on Comorbid Diagnoses. *Behavior Therapy, 41*(1), 59-72. doi:10.1016/j.beth.2008.12.005
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1998). *Helping cancer patients cope: a problem-solving approach*. Washington: American Psychological Association .
- Niedenthal, P. M., & Ric, F. (2017). *Psychology of Emotion*. New York: Taylor & Francis.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology., 109*, 504-511.
- O'Toole, M., Renna, M., Mennin, D., & Fresco, D. (2019). Changes in Decentering and Reappraisal Temporally Precede Symptom Reduction During Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder With and Without Co-Occurring Depression. *Behavior Therapy*. doi:10.1016/j.beth.2018.12.005
- Okado, Y., Tillery, R., Sharp, K., Long, A., & Phipps, S. (2016). Effects of Time since Diagnosis on the Association between Parent and Child Distress in Families with Pediatric Cancer. *Children's Health Care, 45*(3), 303-322. doi:10.1080/02739615.2014.996883
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de Salud. Depresión*. Recuperado el 9 de Enero de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/depression/es/>

- Paredes Aguilera, R. A. (2007). Leucemias agudas. En R. Rivera Luna, *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista* (págs. 41-60). México, D.F.: EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, S.A. de C.V. .
- Patenaude, A., & Kupst, M. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychooncology* , 9-27.
- Patiño García, A., & Sierrasesúmaga, L. (2006). Biología molecular del cáncer pediátrico. En L. Sierrasesúmaga, F. Antillón, E. Bernaloa, A. Patiño, & M. San Julián, *Tratado de Oncología Pediátrica* (págs. 47-64). Madrid: PEARSON EDUCACIÓN S.A.
- Pennebaker, J. (1989). Confession, inhibition and disease. . En L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology* (págs. 211-244). San Diego, CA: Academic Press.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science.*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J., & Seagal, J. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology.*, 55, 1243-1254.
- Petrie, K., Booth, R., & Pennebaker, J. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology.*, 75(5), 1264-1272. doi:10.1037/0022-3514.75.5.1264.
- Renna, M., Quintero, J., Fresco, D., & Mennin, D. (2017). Emotion Regulation Therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 8, 98. doi:10.3389/fpsyg.2017.00098
- Renna, M., Quintero, J., Soffer, A., Pino, M., Ader, L., Fresco, D., & Mennin, D. (2018). A Pilot Study of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety and Depression: Findings From a Diverse Sample of Young Adults. *Behavior Therapy*, 49(3), 403-418. doi:10.1016/j.beth.2017.09.001
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88. doi:10.1007/s10608-005-1650-2
- Rothbart, M., & Gartstein, M. (2009). Temperament. En J. Benson, & M. Haith, *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (págs. 480-494). San Diego, CA: Academic Press.
- Rubin-Falcone, H., Weber, J., Kishon, R., Ochsner, K., Delaparte, L., Doré, B., . . . Miller, J. (2018). Longitudinal effects of cognitive behavioral therapy for depression on the neural correlates of emotion regulation. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 271(30), 82-90. doi:10.1016/j.pscychresns.2017.11.002
- Sánchez-Egea, R., Rubio-Aparicio, M., & Sánchez-Meca, J. R.-A. (2019). Psychological treatment for family members of children with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 28(5), 960-969. doi:10.1002/pon.5052
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Share, L. (1972). Family Communication in the Crisis of a Child's Fatal Illness: A Literature Review and Analysis. *Omega Journal of Death and Dying*, 187.
- Stuber, M., & Houskamp, B. (2004). Spirituality in children confronting death. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 127-136.
- Sultan, S., Leclair, T., Rondeau, E., Burns, W., & Abate, C. (2015). A systematic review on factors and consequences of parental distress as related to childhood cancer. *European Journal of Cancer Care*.
- Thibodeaux, A., & Deatrick, J. (2007). Cultural influence on family management of children with cancer . *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 227-233.
- Thompson, R., Meyer, S., & Jochem, R. (2009). Emotional regulation. En J. B. Benson, & M. M. Haith, *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (págs. 119-130). San Diego: Elsevier Inc. .

- Titova, Y. (2015). Behavioral disorders in children with cancer. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 128.
- Tsimicalis, A., Genest, L., Stevens, B., Ungar, W., & Barr, R. (2018). The Impact of a Childhood Cancer Diagnosis on the Children and Siblings' School Attendance, Performance, and Activities: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(2), 118-131. doi:10.1177/1043454217741875.
- Twycross, A., Parker, R., Williams, A., & Gibson, F. (2015). Cancer-Related Pain and Pain Management: Sources, Prevalence, and the Experiences of Children and Parents. *Journal of pediatric oncology nursing*, 32(6), 369-384. doi:10.1177/1043454214563751.
- van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P., & 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. doi:10.1002/psc.27677.
- Waechter, E. (1971). Children's Awareness of Fatal Illness. *American Journal of Nursing*, 1168-1172.
- Warner, E., Kent, E., Trevino, K., Parsons, H., Zebrack, B., & Kirchhoff, A. (2016). Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*, 122(7), 1029-1037. doi:10.1002/cncr.29866.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-536. doi:10.1037/0021-843X.114.4.522
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429-434. doi:10.1016/j.brat.2009.11.013
- Wiener, L. S., Hersh, S. P., & Alderfer, M. A. (2011). Psychiatric and Psychosocial Support for the Child and Family. En P. Pizzo, & D. Poplack, *Principles and Practice of Pediatric Oncology* (págs. 1322-1346). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

- Wilkins, K., & Woodgate, R. (2005). A review of qualitative research on the childhood cancer experience from the perspective of siblings: a need to give them a voice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 305-319.
- Williams, L., & McCarthy, M. (2015). Parent perceptions of managing child behavioural side-effects of cancer treatment: a qualitative study. *Child: care, health and development.*, 41(4), 611-9. doi:10.1111/cch.12188.
- Yang, H., Mu, P., Sheng, C., Chen, Y., & Hung, G. (2016). A Systematic Review of the Experiences of Siblings of Children With Cancer. *Cancer nursing.*, 39(3), E12-21. doi:10.1097/NCC.0000000000000258.
- Zalewski, M., Lewis, J., & Martin, C. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*, 21, 122-126. doi:10.1016/j.copsyc.2018.02.013

Anexo A- Consentimiento informado

Nombre del proyecto: Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional en cuidadores primarios de pacientes con cáncer pediátrico.

Se le invita a participar en un estudio de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en colaboración con el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Objetivo del estudio:

El objetivo es conocer si una intervención psicológica llamada “cognitivo-conductual” tiene un efecto en la disminución de síntomas de depresión y ansiedad en los cuidadores de pacientes con enfermedad oncológica. Así mismo también se busca evaluar si esta intervención dirigida a los cuidadores tiene un efecto en la disminución de síntomas de ansiedad y depresión en los niños diagnosticados con cáncer.

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado(a) por un psicólogo clínico durante aproximadamente una hora. Se le harán preguntas acerca del diagnóstico de su paciente, así como de la historia personal y familiar del mismo. En ocasiones, estas entrevistas pueden llegar a ocasionar cierta incomodidad, pues usted platicará algunas cosas que le pueden resultar dolorosas. Usted podrá hablar de estos sentimientos con el clínico entrevistador, quien cuenta con los conocimientos y habilidades para poder ayudarle a manejar estas emociones negativas. Después se le pedirá que conteste unos cuestionarios para medir síntomas de depresión y ansiedad.

Finalmente, se llevará a cabo la intervención en donde usted podrá hablar acerca de sus sentimientos y pensamientos respecto a la enfermedad de su paciente. Se le brindarán algunas estrategias para resolver algunos problemas que se pueden presentar a lo largo del tratamiento y se aclararán algunas dudas que pueda tener respecto al diagnóstico y los cuidados que se deben de tener.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá su cooperación voluntaria como usuario del Hospital, pero si usted no desea participar no tiene que hacerlo; si decide no participar esto no afectará de ninguna manera su atención habitual en el Hospital.
- b) La intervención psicológica no tendrá ningún costo.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse del mismo en cualquier momento en que usted lo decida, le solicitamos nos lo informe.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio puede comunicarse con la investigadora principal del estudio, la Dra. Gabriela Tercero Quintanilla, psicóloga adscrita al servicio de Psiquiatría y Medicina del Adolescente y la Lic. Sol Fernández Rodríguez, residente en la maestría de Medicina Conductual, que se ubican en los consultorios de Psico-oncología en el 1° piso del edificio de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez de 9:00 a 14:00 horas o al teléfono 55 35 00 49 10.

Anexo B – Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E)

***Instrucciones:** A continuación, va a leer unas frases. Marque con una cruz (X) la casilla que más se acerca a lo que usted piensa. Responda de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.*

	Casi nunca.	Algunas veces.	La mitad de las veces.	La mayoría de las veces.	Casi siempre.
1. Tengo claros mis sentimientos.					
2. Pongo atención a cómo me siento.					
3. Mis emociones me sobrepasan y están fuera de control.					
4. No tengo idea de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento.					
6. Le hago caso a mis sentimientos.					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.					
8. Me importa lo que estoy sintiendo.					

9. Estoy confundido/a por cómo me siento.					
10. Cuando me siento mal emocionalmente, puedo reconocer cómo me siento.					
11. Cuando me siento mal emocionalmente, me enojo conmigo mismo por sentirme de esa manera.					
12. Cuando me siento mal emocionalmente, me avergüenzo de sentirme así.					
13. Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo hacer mis deberes.					
	Casi nunca.	Algunas veces.	La mitad de las veces.	La mayoría de las veces.	Casi siempre.
14. Cuando me siento mal emocionalmente, pierdo el control.					
15. Cuando me siento mal emocionalmente, creo que así me sentiré por mucho tiempo.					

16. Cuando me siento mal emocionalmente, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.					
17. Cuando me siento mal emocionalmente, creo que mis sentimientos son válidos e importantes.					
18. Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas.					
19. Cuando me siento mal emocionalmente, me siento fuera de control.					
20. Cuando me siento mal emocionalmente, todavía puedo hacer cosas.					
21. Cuando me siento mal emocionalmente, me siento avergonzado de sentirme así.					
22. Cuando me siento mal emocionalmente, sé que puedo encontrar una manera de sentirme mejor.					
23. Cuando me siento mal emocionalmente, siento que soy débil.					
24. Cuando me siento mal emocionalmente, siento que puedo mantener el control de mis comportamientos.					
25. Cuando me siento mal emocionalmente, me siento					

culpable por sentirme de esa manera.					
26. Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo concentrarme.					
	Casi nunca.	Algunas veces.	La mitad de las veces.	La mayoría de las veces.	Casi siempre.
27. Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo controlar lo que hago.					
28. Cuando me siento mal emocionalmente, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
29. Cuando me siento mal emocionalmente, me molesto conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.					
30. Cuando me siento mal emocionalmente, me empiezo a sentir muy mal conmigo mismo/a					
31. Cuando me siento mal emocionalmente, creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por lo que siento.					
32. Cuando me siento mal emocionalmente, pierdo el control de cómo me porto.					

33. Cuando me siento mal emocionalmente, se me dificulta pensar en algo más.					
34. Cuando me siento mal emocionalmente, me tomo el tiempo para descubrir lo que realmente estoy sintiendo.					
35. Cuando me siento mal emocionalmente, me toma mucho tiempo sentirme mejor.					
36. Cuando me siento mal emocionalmente, mis emociones se sienten abrumadoras.					

Anexo C- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés versión reducida (CAE-R)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con cuidado cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que enfrentarse a situaciones de estrés. **Marque con un tache X la opción que mejor representa el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.**

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre saldrían mal.					
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.					
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.					
4. Asistí a la Iglesia.					
5. Intenté sacar algo positivo del problema.					
6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.					

7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo.					
8. Me comporté de forma hostil con los demás.					
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.					
10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.					
11. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.					
12. Agredí a algunas personas.					
13. Procuré no pensar en el problema.					
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.					
15. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.					
	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
16. Me irrité con alguna gente.					
17. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.					

18. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.					
19. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.					
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos.					
21. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar.					

Anexo D – Escala para Evaluar Estilos Educativos Parentales

a) Escala de afecto (EA-P)

A continuación vas a leer unas frases. Marca con una cruz (X) la casilla que más se acerca a lo que verdaderamente piensas sobre la relación con tu hijo o hija. Responde de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.

		Nunca	Pocas veces	Algunas	A menudo	Siempre
1	La(o) acepto tal como es					
2	Si tiene un problema, puede contármelo					
3	Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace					
4	Le dedico mi tiempo					
5	Siento que es un estorbo para mí					
6	Hablo con mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella					
7	Me pone nervioso/a, me altera					
8	Soy cariñoso/a con mi hijo/a					
9	Hablo con mi hijo/a de lo que hace con sus amigos					
10	Lo que hace me parece mal					
11	Consuelo a mi hijo/a cuando está triste					
12	Estoy a disgusto cuando está en casa					
13	Confío en mi hijo/a					
14	Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a					
15	Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a					
16	Estoy contento de tenerlo como hijo/a					
17	Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente					
18	Le manifiesto mi afecto con detalles que le gustan					
19	Puede contar conmigo cuando me necesita					
20	Le doy confianza para que me cuente sus cosas					

b) Escala de Normas y Exigencias (ENE-P)

		Nunca	Pocas veces	Algunas	A menudo	Siempre
1	Tengo en cuenta las circunstancias ante de castigarle					
2	Intento controlar su vida en todo momento					
3	Le digo sí a todo lo que me pide					
4	Le digo que en casa mando yo					
5	Si me desobedece, no pasa nada					
6	Antes de castigar a mi hijo/a, escucho sus razones					
7	Le doy libertad total para que haga lo que quiera					
8	Le explico lo importante que son las normas para la convivencia					
9	Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer					
10	Llorando y enfadándose, consigue siempre lo que quiere					
11	Le explico las razones por las que debe cumplir las normas					
12	Le exijo que cumpla las normas aunque no las entienda					
13	Me hago la de la vista gorda cuando no cumple las normas, con tal de no discutir					
14	Le explico muy claro lo que se debe y no se debe hacer					
15	Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que yo digo, pase lo que pase					
16	Me da igual que obedezca o desobedezca					
17	Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a					
18	Le exijo respeto absoluto a la autoridad					
19	Le explico las consecuencias de no cumplir las normas					
20	Le digo que los padres siempre llevamos la razón					
21	Consiento que haga lo que le gusta en todo momento					
22	Si alguna vez me equivoco con mi hijo/a, lo reconozco					
23	Le trato como si fuera un/una niño/a pequeño/a					
24	Con tal que sea feliz, le dejo que haga lo que quiera					
25	Me disgusta que salga a la calle por temor a que le pase algo					
26	Le animo a que haga las cosas por sí mismo/a					
27	Le agobio porque siempre estoy pendiente de él/ella					
28	A medida que se hace mayor, le doy más responsabilidades.					

Anexo E- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 OCUPACIÓN _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana**, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada- mente	Severa- mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	_____	_____	_____

Anexo F- Inventario de Depresión de Beck

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil _____
 Escolaridad: _____
 Ocupación: _____
 Domicilio (Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|--|--|
| <p>1 0. Yo no me siento triste</p> <p>1. Me siento triste</p> <p>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p> | <p>6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p>1. Siento que podría ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que he sido castigado</p> |
| <p>2 0. En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>1. Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p> | <p>7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <p>1. Estoy desilusionado de mí mismo</p> <p>2. Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p>3. Me odio</p> |
| <p>3 0. Yo no me siento como un fracasado</p> <p>1. Siento que he fracasado más que las personas en general</p> <p>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p>3. Siento que soy un completo fracaso como persona</p> | <p>8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p>1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p> |
| <p>4 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</p> <p>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p> | <p>9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2. Me gustaría suicidarme</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p> |
| <p>5 0. En realidad yo no me siento culpable</p> <p>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p> | <p>10 0. Yo no lloro más de lo usual</p> <p>1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p> |

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
 1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
 A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
 Si ____ No ____
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo G - Cuestionario de Adquisición del Módulo 1

a) Leucemias y linfomas

Instrucciones: Lea con cuidado cada frase y subraye la respuesta correcta.

1. Los niños con cáncer pueden enfermarse fácilmente.
VERDADERO FALSO
2. Mi hijo se enfermó de cáncer porque no le di de comer bien.
VERDADERO FALSO
3. Los glóbulos rojos son los que llevan el oxígeno a todo el cuerpo.
VERDADERO FALSO
4. La quimioterapia es el tratamiento principal que ayuda a acabar con las células de cáncer.
VERDADERO FALSO
5. Mi hijo puede sentirse mal al momento de recibir la quimioterapia.
VERDADERO FALSO
6. Tengo que obligar a mi hijo a comer todo lo que yo le sirva durante sus quimios.
VERDADERO FALSO
7. Mi hijo ya no debe jugar con otros niños porque puede enfermarse.
VERDADERO FALSO
8. Los glóbulos blancos son como el “ejército” de nuestro cuerpo y nos ayudan a combatir infecciones.
VERDADERO FALSO
9. Todo lo que coma mi hijo debe estar limpio y desinfectado.
VERDADERO FALSO
10. Las plaquetas son las que hacen que la sangre coagule.
VERDADERO FALSO
11. Mi hijo ya no podrá regresar a la escuela hasta que termine su tratamiento.

VERDADERO FALSO

12. Los linfomas* se comportan como tumores y como leucemia a la vez

VERDADERO FALSO

b) Tumores sólidos

Instrucciones: Lea con cuidado cada frase y subraye la respuesta correcta.

1. Los niños con cáncer pueden enfermarse fácilmente.

VERDADERO FALSO

2. Yo tengo la culpa de que mi hijo se haya enfermado de cáncer.

VERDADERO FALSO

3. El doctor va a quitar la mayor cantidad posible del tumor a través de la cirugía.

VERDADERO FALSO

4. La quimioterapia es el tratamiento principal que ayuda a acabar con las células de cáncer.

VERDADERO FALSO

5. Mi hijo puede sentirse mal al momento de recibir la quimioterapia.

VERDADERO FALSO

6. Tengo que obligar a mi hijo a comer todo lo que yo le sirva durante sus quimios.

VERDADERO FALSO

7. Mi hijo ya no debe jugar con otros niños porque puede enfermarse.

VERDADERO FALSO

8. La radioterapia ayuda a disminuir el tamaño de los tumores.

VERDADERO FALSO

9. Todo lo que coma mi hijo debe estar limpio y desinfectado.

VERDADERO FALSO

10. Los tumores son células que se reproducen sin control.

VERDADERO FALSO

11. Mi hijo ya no podrá regresar a la escuela hasta que termine su tratamiento.

VERDADERO FALSO

Anexo H - Cuestionario de Adquisición del Módulo 3

Instrucciones: Lea con cuidado cada frase y subraye la respuesta correcta.

1. Las personas pueden sentir emociones diferentes ante una misma situación.

VERDADERO FALSO

2. Llorar o aceptar que uno se siente triste es signo de debilidad

VERDADERO FALSO

3. Es sano que mi hijo lllore o exprese sus emociones al momento en que le realizan procedimientos dolorosos.

VERDADERO FALSO

4. Mi hijo tiene que estar feliz en todo momento.

VERDADERO FALSO

5. El que mi hijo lllore o se enoje a veces puede hacer que se agrave su enfermedad.

VERDADERO FALSO

6. Mi hijo tiene que verme feliz todo el tiempo.

VERDADERO FALSO

7. Si mi hijo llora, quiere decir que está deprimido.

VERDADERO FALSO

8. Tengo que esconderle a mi hijo cómo me siento.

VERDADERO FALSO

9. El enojo nos puede ayudar a actuar cuando tenemos un problema.

VERDADERO FALSO

10. Si mi hijo tiene miedo, quiere decir que tiene un trastorno de ansiedad.

VERDADERO FALSO

11. Es natural sentir miedo a lo que pueda pasar con mi hijo.

VERDADERO FALSO

Anexo I - Formato de solución de problemas

Definición del problema

Defina su problema respondiendo a las siguientes preguntas: ¿QUIÉN? ¿QUÉ? ¿CUÁNDO?
¿DÓNDE? ¿CÓMO?

¿Por qué esta situación es un problema para usted? ¿Cuáles son los obstáculos? ¿Cuáles son los conflictos?

¿Cuáles son sus metas? ¿Son realistas?

Generación de alternativas

Mi meta es:

Lluvia de ideas

Genere la mayor cantidad de alternativas posibles

Recuerde: Mientras más alternativas genere es mejor.

No juzgue ni evalúe la viabilidad de las alternativas.

Toma de decisiones

Instrucciones: (1) Escriba la meta a alcanzar.

(2) Escriba en una forma abreviada cada alternativa que generó anteriormente.

(3) Identifique y trate de predecir las consecuencias de implementar cada alternativa.

(4) Evalúe cada alternativa utilizando la siguiente escala:

+ = mayoría de consecuencias positivas.

- = mayoría de consecuencias negativas.

0 = neutral

Meta:

Alternativa	Efectos personales	Efectos sociales	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo	¿Puedo hacerlo?

Implementación

Instrucciones: En la Columna A enliste la mayor cantidad de resultados que usted pueda identificar suponiendo que su problema no se resolviera. En la Columna B enliste aquellos efectos positivos que podrían ocurrir si el problema se solucionara. Utilice la técnica de “lluvia de ideas” como una ayuda para completar ambas listas. A continuación, compare las consecuencias de tal forma que pueda responder a la pregunta “¿Debo seguir evitando resolver este problema?”

A. Consecuencias si el problema no se soluciona	B. Consecuencias de que el problema se solucione

Verificación de la solución

A. Cuáles fueron los resultados de su plan para solucionar su problema

B. ¿Qué tan bien cumplió la solución las metas que se propuso?

1	2	3	4	5
En absoluto		Más o menos		Muy bien

C. ¿Cuáles fueron los efectos que pudo notar en usted mismo (efectos personales)?

D. ¿Qué tan bien estos efectos encajaron con la predicción que usted hizo acerca de las consecuencias personales?

1	2	3	4	5
En absoluto		Más o menos		Muy bien

E. ¿Cuáles fueron los efectos en los demás?

F. ¿Qué tan bien estos efectos encajaron con la predicción que usted hizo acerca de las consecuencias en los demás?

1	2	3	4	5
En absoluto		Más o menos		Muy bien

SATISFACCION GENERAL CON LOS RESULTADOS

1	2	3	4	5
No satisfecho		Algo satisfecho		Muy satisfecho

Anexo J – Esquemas Emocionales de Leahy

Instrucciones: Estamos interesados en saber cómo lidia usted con sus sentimientos o emociones- por ejemplo, como lidia con los sentimientos de enojo, tristeza o ansiedad. Todas las personas difieren en la manera de lidiar con estos sentimientos, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Por favor lea con cuidado cada frase y puntúela de acuerdo a la escala que se presentará a continuación. Considere la manera en cómo ha lidiado con estas emociones en el último mes.

Escala:

1= En desacuerdo

2= Algo en desacuerdo

3= Ligeramente en desacuerdo

4= Ligeramente de acuerdo

5= Algo de acuerdo

6= De acuerdo

1. Cuando me siento triste, trato de pensar en una manera diferente de ver las cosas
2. Cuando tengo sentimientos que me molestan, trato de pensar por qué no son importantes.
3. A menudo pienso que respondo con sentimientos que otras personas no tendrían.
4. Está mal tener algunos sentimientos.
5. Hay cosas acerca de mí que no entiendo.
6. Creo que es importante permitirme llorar para que mis sentimientos “salgan”.
7. Si me permito tener algunos sentimientos, me temo que perderé el control.
8. Los demás entienden y aceptan mis sentimientos.
9. No puedes permitirte tener cierto tipo de sentimientos.
10. Mis sentimientos no tienen sentido para mí.
11. Si otras personas cambiaran me sentiría mucho mejor.
12. Creo que tengo sentimientos de los que no estoy realmente consciente.
13. A veces temo que, si me permitiera tener un sentimiento fuerte, este no desaparecería.
14. Me siento avergonzado de mis sentimientos.
15. Las cosas que le molestan a otras personas no me molestan a mí.
16. A nadie le importa lo que siento.
17. Es importante para mí ser razonable y práctico en lugar de sensible y abierto a mis sentimientos.
18. No puedo soportar tener sentimientos contradictorios –como que me guste y me disguste una persona al mismo tiempo.
19. Soy mucho más sensible que otras personas
20. Trato de deshacerme de los sentimientos desagradables de inmediato.

21. Cuando me siento triste trato de pensar en las cosas más importantes de la vida –lo que valoro.
22. Cuando me siento mal o triste cuestiono mis valores.
23. Siento que puedo expresar mis sentimientos abiertamente
24. A menudo me digo a mí mismo: “¿Qué me pasa?”
25. Pienso que soy una persona superficial.
26. Quiero que la gente crea que siento cosas diferentes de lo que realmente siento.
27. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos.
28. Tienes que cuidarte de tener ciertos sentimientos.
29. Los sentimientos fuertes solo duran poco tiempo.
30. No puedes confiar en tus sentimientos para decirte lo que es bueno para ti.
31. No debería tener algunos sentimientos que tengo.
32. A menudo me siento “entumecido” emocionalmente, como si no tuviera sentimientos.
33. Creo que mis sentimientos son raros.
34. Otras personas me hacen tener sentimientos desagradables.
35. Cuando tengo sentimientos conflictivos acerca de alguien me molesto o me confundo.
36. Cuando tengo un sentimiento que me molesta trato de pensar o hacer otra cosa.
37. Cuando me siento triste, me quedo pensando mucho en lo mal que me siento.
38. Me gusta tener absolutamente claro lo que siento por otra persona.
39. Todas las personas tienen sentimientos como los míos.
40. Acepto mis sentimientos.
41. Creo que tengo los mismos sentimientos que otras personas tienen.
42. Aspiro a valores más altos.
43. Pienso que mis sentimientos ahora no tienen nada que ver con cómo fui educado.
44. Me preocupa que, si tengo ciertos sentimientos, pueda volverme loco.
45. Mis sentimientos parecen salir de la nada.
46. Creo que es importante ser racional y lógico en casi todo.
47. Me gusta tener absolutamente claro lo que siento acerca de mí.
48. Me concentro mucho en mis sentimientos o en mis sensaciones físicas.
49. No quiero que nadie sepa lo que siento
50. No quiero admitir que tengo ciertos sentimientos, pero sé que los tengo.

Anexo K- Registro de Emociones en Relación al Diagnóstico

1. Emociones que no molestan
2. Emociones que molestan
3. Emociones que permanecen
4. Emociones que nos han ayudado
5. Emociones que no nos han ayudado
6. Emociones que también puede sentir el niño