



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Propuesta de intervención en duelo anti-
cipado parental ante la leucemia linfo-
blástica aguda desde la arteterapia y
TCC**

Trabajo fin de Máster

Autora: Carmen De La Rosa Ramírez

Tutora: Dra. Claudia Héctor Moreira

08 de marzo de 2026

Resumen

El duelo anticipado constituye una respuesta emocional adaptativa frente a la amenaza real o percibida de pérdida, especialmente en progenitores de menores con leucemia linfoblástica aguda. Estos cuidadores experimentan un elevado malestar psicológico, que incluye síntomas de ansiedad y depresión, asociados a la incertidumbre sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de sus hijos/as, así como a la carga emocional, familiar y social que conlleva la enfermedad (Del-Pino-Casado et al., 2021; Ochoa & Lizasoain, 2003).

El presente programa de intervención tiene como objetivo mejorar el bienestar emocional de los/as cuidadores mediante la combinación de arteterapia y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). La intervención se desarrolla en formato grupal, integrando información psicoeducativa, estrategias prácticas, ejercicios de expresión emocional y actividades creativas que fomentan la resiliencia, la regulación afectiva y la construcción de sentido frente a la experiencia de enfermedad, al mismo tiempo que favorece la interacción entre progenitores y el apoyo mutuo dentro del grupo. Se plantea un diseño de prevención secundaria con evaluación pre-test y post-test con seguimiento, que permite evaluar los cambios en el bienestar emocional y la efectividad de la intervención a lo largo del tiempo.

Gracias a este enfoque, se pretende favorecer la regulación emocional, reducir el aislamiento social, reforzar los recursos personales y familiares y mejorar la capacidad de afrontamiento de los/as participantes frente al duelo anticipado. De esta forma, el programa ofrece un marco estructurado y seguro para que los/as participantes puedan expresar sus emociones, encontrar significado en la experiencia y desarrollar estrategias adaptativas de afrontamiento ante la enfermedad de sus hijos/as.

Palabras clave: Arteterapia, Bienestar Emocional, Duelo Anticipado, Leucemia Linfoblástica Aguda, Progenitores, Terapia Cognitivo Conductual.

Abstrac

Anticipatory grief is an adaptive emotional response to the real or perceived threat of loss, especially in parents of children with acute lymphoblastic leukemia. These caregivers experience significant psychological distress, including symptoms of anxiety and depression, associated with uncertainty about their children's diagnosis, prognosis, and treatment, as well as the emotional, familial, and social burden of the disease (Del-Pino-Casado et al., 2021; Ochoa & Lizasoáin, 2003).

This intervention program aims to improve the emotional well-being of caregivers through a combination of art therapy and cognitive behavioral therapy (CBT). The intervention is delivered in a group format, integrating psychoeducational information, practical strategies, emotional expression exercises, and creative activities that foster resilience, emotional regulation, and meaning-making in the face of illness, while also promoting interaction among parents and mutual support within the group. A secondary prevention design is employed, incorporating pre-test and post-test assessments with follow-up, which allows for the evaluation of changes in emotional well-being and the effectiveness of the intervention over time.

This approach aims to promote emotional regulation, reduce social isolation, strengthen personal and family resources, and improve participants' coping skills in the face of anticipatory grief. In this way, the program offers a structured and safe environment for participants to express their emotions, find meaning in the experience, and develop adaptive coping strategies in the face of their children's illness.

Keywords: Acute Lymphoblastic Leukemia, Anticipatory Grief, Art Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Emotional Well-being, Parents.

Introducción

El diagnóstico de una enfermedad en la infancia bien sea grave y/o de larga duración, tiene un impacto en el/la menor que la padece. Aunque este tipo de enfermedades no solo lo sufre la persona que la presenta, sino que también tiene una repercusión familiar que conlleva consecuencias físicas, sociales y emocionales (Maldonado et al., 2023). Además, esta situación se complica con la hospitalización del/la niño/a, ya que tanto la familia como el/la menor tienen que acostumbrarse a un entorno diferente, nuevos horarios, convivir con personas diferentes... alterando de manera significativa el sistema familiar (Ochoa & Lizasoain, 2003).

Las enfermedades oncológicas en la población pediátrica, aunque son poco comunes, representan una causa significativa de mortalidad y morbilidad en menores de 18 años (García et al., 2025). Su manifestación inicial suele ser mediante síntomas que no son específicos, lo que conlleva retrasar su detección (García et al., 2025). Del mismo modo, se valora que la enfermedad se considera en estado terminal cuando alcanza un nivel avanzado, irreversible y progresivo, en la que ya no existe la opción de tratamiento (Gupta et al., 2015). Es un periodo que se caracteriza por una disminución de la autonomía de la persona, la cual depende cada vez más de otras personas para poder realizar sus actividades en el día a día, disminuyendo así su calidad de vida (Amado & Oscanoa, 2020). Entre los tipos más comunes se encuentran la leucemia linfoblástica aguda, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas (Catalá-López et al., 2011).

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) se caracteriza por la proliferación y crecimiento descontrolado de linfocitos inmaduros en la médula ósea. Aunque esta enfermedad pueda aparecer a cualquier edad, es más frecuente en niños/as de 4 años (Juárez-López et al., 2018). Constituye el 75% de los casos y está en el cuarto lugar entre las causas de muerte en niños/as entre 4 y 12 años (Juárez-López et al., 2018).

Según Guillén (2019), las fases de las enfermedades oncológicas se desarrollan en las siguientes etapas:

1. Fase de diagnóstico. En esta fase es el momento en el que se confirma la presencia de la enfermedad en el órgano donde se originó.
2. Fase de tratamiento. Es el periodo en el cual se aplican algunas terapias como la cirugía, quimioterapia o radioterapia.
3. Fase de remisión. Es cuando los síntomas disminuyen o van desapareciendo temporalmente.
4. Fase de recaída. En esta fase reaparece la enfermedad después de un periodo de remisión.
5. Fase terminal. Es la última etapa y se caracteriza cuando la enfermedad deja de responder a los tratamientos y progresa de forma irreversible.

De acuerdo con Ochoa & Lizasoáin (2003), cuando un miembro de la familia enferma, las repercusiones no solo afectan a los/as progenitores, sino que afecta a todo el sistema familiar.

En consecuencia, su estructura familiar se ve gravemente afectada en diferentes niveles:

- Impacto psicológico: la enfermedad de un/a niño/a puede tener un impacto psicológico en todos los miembros de la familia, provocando por ejemplo sentimientos de tristeza o ansiedad relacionada con la interpretación de la vida cotidiana (Ochoa & Lizasoáin, 2003).
- Consecuencias sociales: también se pueden producir cambios en las relaciones sociales de los miembros de la familia con el medio ambiente como resultado del aislamiento familiar y seguimiento de la enfermedad (Ochoa & Lizasoáin, 2003).
- Impacto ocupacional: dependiendo del tipo de enfermedad y sus características, con el tiempo se producirán cambios en el proceso que conduce al diagnóstico. Tratar las enfermedades en los/as niños/as a menudo requiere mayores gastos financieros y más

tiempo dedicado al menor, lo que a menudo implica que al menos uno de los/as cuidadores/as esté de baja laboral, siendo de forma común que la madre sea la encargada del cuidado del/la menor (Ochoa & Lizasoáin, 2003). Además, otros autores como Sánchez et al. (2018), informaron que debido a que los/as progenitores son el sostén de la familia en el hogar, tienen que cambiar su estilo de vida y renunciar a muchas tareas diarias para pasar tiempo con sus hijos/as que estaban enfermos/as.

- Impacto somático: En estos casos son muy habituales los cambios psicológicos o físicos tales como la pérdida de apetito, cambios en el sueño, etc (Ochoa & Lizasoáin, 2003).
- Cambios en los papeles familiares: la atención constante que requiere el/la paciente, implica que el funcionamiento de los subsistemas “padre-hijo”, “hermano-hermano” o “de pareja” también se vea afectado (Ochoa & Lizasoáin, 2003).

Obtener información sobre el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de un cáncer terminal en un hijo/a suele ser una experiencia con mucho impacto, pudiendo generar diversas reacciones emocionales, como por ejemplo la negación, tristeza, dolor o el shock emocional (Sánchez et al., 2018). Según Ochoa & Lizasoáin (2003), una vez que los/las progenitores conocen el diagnóstico de su hijo/a, pueden llegar a experimentar una amplia variedad de emociones, que incluyen miedo, confusión, culpa, aislamiento, ira, etc. Asimismo, los/as cuidadores/as sienten negación de la situación, sentimientos de abandono e incluso autocompasión.

En este contexto, según Barak-Levy & Paryente (2023), la evitación puede funcionar como un mecanismo de defensa contra el diagnóstico y ayudarles a afrontar sentimientos como la ira, la culpa, vergüenza y la tristeza, dirigidos tanto hacia uno/a mismo/a como al/la menor.

Investigaciones recientes indican que los/as progenitores con hijos/as enfermos/as suelen experimentar un profundo sentimiento de culpa, sobre todo cuando la enfermedad progresa (Coelho et al., 2021; Nayeri et al., 2021; Tan et al., 2021). Estos autores informan que los/as progenitores a menudo se dan cuenta de cierta culpabilidad por la enfermedad de sus hijos/as y comienzan a verse a sí mismos/as como responsables de esta. A medida que la patología se desarrolla, aparecen necesidades del/de la niño/a que también afectan a la familia (Steele, 2002). Cuando estas necesidades no pueden ser completamente cubiertas, es común que los/as cuidadores experimenten sentimientos de culpa o de fracaso. De igual forma, aunque emociones como el miedo, la inseguridad y el dolor están presentes de forma constante, su intensidad puede variar con el tiempo (Steele, 2002). Tras recibir el diagnóstico de la enfermedad de su hijo/a, los/as cuidadores suelen centrar gran parte de su vida y decisiones en priorizar el bienestar del/la menor (Schaefer et al., 2021).

Por otro parte, el duelo presenta un proceso de reajuste emocional que experimentamos todas las personas que se desencadena tras experimentar una pérdida significativa, bien sea por algo real o por una causa percibida, siendo particularmente relevante en contextos de enfermedad grave o crónica en un hijo/a. Este proceso puede tomar múltiples formas de expresión y tiene un impacto directo sobre el bienestar físico y emocional de quien lo atraviesa (García et al., 2021). Según Roy (2009), quienes atraviesan situaciones de gran carga emocional y recurren a mecanismos de afrontamiento, buscan restablecer el equilibrio interno y externo. De este modo, los/as cuidadores/as de niños/as con LLA deben adaptarse a una realidad marcada por la incertidumbre, el dolor y la esperanza.

En el estudio de Arévalo-Mogollón et al., (2014), entrevistaron a ocho padres de niños/as diagnosticados/as con LLA. Los resultados permitieron distinguir cuatro categorías que evidencian las etapas emocionales y adaptativas del duelo anticipado:

- Negación del diagnóstico. Los/as cuidadores/as reaccionan la primera vez con una dificultad en creer lo que está ocurriendo, rechazando la idea de que su hijo/a padezca una enfermedad con alta tasa de mortalidad. Actúa como un recurso de protección para reducir la reacción emocional inicial.
- Dolor, tristeza y culpa. Una vez superada la negación, surgen sentimientos de tristeza, angustia y preocupación por el futuro del/la menor. Algunos/as progenitores experimentan culpa al considerar que pudieron haber evitado la enfermedad o no haber hecho lo suficiente para proteger a su hijo/a,
- Esperanza y búsqueda de soluciones. A pesar del sufrimiento, muchos/as cuidadores acuden al apoyo social, fe o ciencia para mantener la esperanza. Esta fase se caracteriza por una lucha interna entre el deseo de aceptar la realidad y la necesidad de creer en la recuperación del/la menor.
- Adaptación familiar. Finalmente, las familias reorganizan sus roles y rutinas para adaptarse a su nueva situación. La enfermedad del/la menor transforma la dinámica familiar, generando ansiedad, pero también fortaleciendo los lazos afectivos.

El duelo anticipado se muestra a lo largo de estas fases no solo como un proceso emocional, sino también como una experiencia relacional. Los/as cuidadores/as viven entre la preparación para la pérdida y el anhelo de conservar la vida, lo que produce una carga psicológica y social (Arévalo-Mogollón et al., 2014). Este tipo de duelo puede coexistir con síntomas de ansiedad o tristeza, pero no debe confundirse con un trastorno del estado de ánimo, ya que presenta características específicas que lo diferencian de la depresión mayor. Mientras que el duelo anticipado mantiene la vinculación afectiva con la persona enferma, permite oscilaciones emocionales y conserva la capacidad de experimentar esperanza, significado y recursos para afrontar la situación, la depresión mayor se caracteriza por anhedonia persistente,

pérdida global de sentido, culpa generalizada y afectación significativa del funcionamiento diario (APA, 2022).

Por otro lado, la muerte infantil es una de las experiencias más dolorosas para las familias, ya que no sigue el orden natural de la vida, donde los/as ven crecer hasta su vida adulta (Tatiana et al., 2021). Sarantez et al. (2018) realizó un estudio con varias familias que tenían un miembro diagnosticado de cáncer terminal con el objetivo de entender las experiencias del duelo anticipado que presentan los familiares. Este duelo anticipado ocurre antes de la muerte del/la paciente, y es ahí donde los familiares comienzan a experimentar dolor y un sentimiento de pérdida ante la proximidad de la muerte de su hijo/a. En general, estas familias manifestaban altos niveles de ansiedad y depresión ante la muerte de un ser querido. De acuerdo con Aponte-Daza et al. (2022), el duelo anticipado se define como un proceso emocional que ocurre antes de la muerte de un ser querido, durante el cual las personas comienzan a experimentar las reacciones afectivas y psicológicas asociadas a la pérdida, incluso antes de que esta se produzca de forma definitiva. Por su parte, Tizón (2004) describe el duelo anticipado como una reacción emocional y cognitiva que aparece ante la posibilidad real o inminente de una pérdida significativa. Este tipo de duelo se caracteriza por la preparación emocional ante la pérdida y al mismo tiempo, mantener la esperanza de que esta no ocurra.

Asimismo, debido a las características de la enfermedad, tanto los/las pacientes como sus familiares viven un proceso de duelo que combina la pérdida gradual de las habilidades o de las funciones con la anticipación de la pérdida final, es decir, el duelo previo a la muerte del/la menor (Cañizares & Carbonero, 2017). Del mismo modo, algunos estudios explican que la carga asociada al cuidado y la incertidumbre respecto al diagnóstico o pronóstico se encuentran estrechamente relacionadas con un aumento del duelo anticipado y del malestar psicológico (Li et al., 2022).

Tras el fallecimiento del/la niño/a, los/as progenitores muchas veces se preguntan si todo el esfuerzo realizado tuvo sentido frente a un final tan triste. Del mismo modo, pueden aparecer sentimientos de culpa, considerando que podrían haber hecho más y sintiéndose, en cierta medida, responsables de la corta vida de su hijo/a (Kochen et al., 2021). Además, durante los últimos momentos de vida del/de la menor, los/as cuidadores suelen experimentar un duelo anticipatorio, enfrentando de manera emocionalmente intensa la cercanía de la muerte (Sánchez et al., 2018).

Las recientes revisiones sistemáticas subrayan que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz para el abordaje del malestar emocional en pacientes oncológicos y sus familiares. Por ejemplo, Tauber et al. (2019), a través de un metaanálisis, concluyeron que las intervenciones basadas en TCC resultan eficaces para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer, así como la sintomatología ansiosa asociada a la incertidumbre médica. En esta misma línea, Azizi et al. (2024) observaron mejoras significativas en síntomas depresivos y ansiedad en supervivientes de cáncer tras la aplicación de programas estructurados de TCC.

Concretamente en progenitores de menores con enfermedades graves, la TCC ha mostrado utilidad para intervenir sobre la culpa, la anticipación negativa y la hipervigilancia asociada al estado de salud del hijo o hija. Ratnasekera et al. (2023) en su revisión sistemática, destacan que este tipo de intervenciones no solo reducen la sintomatología emocional, sino que también fortalecen la percepción de autoeficacia parental en contextos de alta carga psicológica.

Por otro lado, la arteterapia ha ido adquiriendo relevancia como intervención complementaria en oncología, especialmente por su capacidad para facilitar la expresión simbólica de emociones complejas. Bosman et al. (2020), en una revisión sistemática, concluyen que la arteterapia contribuye a disminuir niveles de ansiedad y distrés emocional en personas con

cáncer, además de mejorar la calidad de vida percibida. De manera similar, Traczyk et al. (2018) evidenciaron que la creación artística estructurada favorece la regulación emocional y la reducción de sintomatología ansiosa en población adulta. En contextos hospitalarios, Bilsen et al. (2006) encontraron que las intervenciones arteterapéuticas permitían a los/a pacientes expresar miedos relacionados con la enfermedad que no emergían fácilmente mediante técnicas exclusivamente verbales.

En el caso específico de progenitores de menores con este tipo de diagnóstico, la arteterapia puede resultar especialmente favorable, dado que el duelo anticipado implica emociones ambivalentes (como por ejemplo la esperanza, miedo, culpa, rabia o impotencia) que en muchas ocasiones no encuentran un espacio seguro de verbalización. El uso de recursos plásticos y creativos permite externalizar dichas emociones, promover procesos de significado y favorecer la integración de la experiencia traumática. (Bosman et al., 2020; Traczyk et al, 2018; Bilsen et al., 2006)

Por otra parte, la literatura subraya la relevancia de las intervenciones grupales con progenitores en contextos de enfermedad crónica infantil. El formato grupal facilita la normalización emocional, el intercambio de experiencias y la disminución del aislamiento social, variables que influyen directamente en el bienestar psicológico. Además, este tipo de intervenciones resultan coste-efectivas y potencian el apoyo mutuo entre iguales, bajo la guía de un profesional especializado.

Asimismo, la literatura subraya la importancia de intervenciones interdisciplinarias en el ámbito sanitario. Tal y como señalaba Alcántara Moreno (2008), la salud constituye un fenómeno multidimensional que requiere la integración de diferentes disciplinas para abordar adecuadamente sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. En el caso del duelo anticipado en progenitores de menores con leucemia linfoblástica aguda, esta necesidad se hace

aún más evidente debido al impacto sistémico que la enfermedad genera en la dinámica familiar, el funcionamiento emocional y la percepción de futuro.

Con todo ello, se pone de manifiesto la pertinencia de desarrollar un programa de intervención grupal dirigido a progenitores de menores con leucemia linfoblástica aguda, centrado en el abordaje del duelo anticipado mediante la combinación de arteterapia y Terapia Cognitivo-Conductual. La TCC permitirá trabajar la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, la regulación emocional y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento; mientras que la arteterapia facilitará la expresión simbólica del malestar, la elaboración emocional profunda y la resignificación de la experiencia de enfermedad (Alcántara Moreno, 2008; Bosman et al., 2020).

Objetivos Generales y Específicos de la Intervención.

Con este programa de intervención se pretende cumplir los siguientes objetivos generales y específicos:

El objetivo general (**OG**) es el afrontamiento adaptativo del duelo anticipado en progenitores de hijos/as diagnosticados de leucemia linfoblástica aguda mediante un programa de intervención psicológica que integre técnicas de arteterapia y terapia cognitivo-conductual.

Asimismo, las sesiones estructuradas se centran en alcanzar una serie de objetivos específicos (**OE**) que apoyen el desarrollo de dicho proceso:

- (**OE.1**) Fomentar la identificación y regulación de emociones en los/as progenitores, promoviendo estrategias adaptativas para afrontar el duelo anticipado de forma saludable.
- (**OE.2**) Disminuir la ansiedad y el malestar emocional de los/as cuidadores, fortaleciendo la tranquilidad y la capacidad de respuesta ante situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad del/la menor.

- (OE.3) Facilitar la construcción de sentido y la integración cognitivo-emocional, desarrollando recursos internos que favorezcan el afrontamiento adaptativo del duelo anticipado.
- (OE.4) Potenciar el bienestar de los/as cuidadores, incluyendo dimensiones emocionales, sociales y familiares, mediante la creación de redes de apoyo y la mejora de la calidad de vida familiar.
- (OE.5) Desarrollar habilidades de afrontamiento mediante actividades de arteterapia y terapia cognitivo conductual, promoviendo la resiliencia, la expresión simbólica de emociones y la gestión de situaciones complejas
- (OE.6) Evaluar la eficacia del programa en términos de regulación emocional, la reducción de ansiedad y fortalecimiento de recursos personales y familiares, a través de instrumentos validados y un seguimiento posterior.

Metodología

Destinatarios

El programa de intervención está dirigido a cuidadores/as que se encuentran iniciando o atravesando un duelo anticipado debido a que sus hijos/as padecen una enfermedad oncológica, como la leucemia linfoblástica aguda. Este proyecto les otorgará herramientas para poder atravesar el duelo anticipado de la forma más adaptativa posible, además de promover el autoconocimiento propio y el espacio seguro en el que poder dedicarse tiempo a uno/a mismo/a.

De forma general, los criterios de inclusión y exclusión se detallan a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 1*Criterios de inclusión y exclusión para el Programa de Intervención*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener un hijo/a con leucemia linfoblástica aguda	Presentar episodios de depresión severa, psicosis, ideación suicida u otros trastornos psiquiátricos graves
Tener hijos/as de una edad comprendida entre 3 y 12 años	Presentar alteraciones cognitivas graves y/o problemas de comprensión
Ser conocedor/a del diagnóstico de la enfermedad en un periodo inferior a un año	No asistir de forma regular al programa por motivos de tiempo, circunstancias o responsabilidades
Presentar indicadores clínicos de duelo anticipado asociados a una pérdida esperada, sin cumplir criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-5-TR.	Participar simultáneamente en otras intervenciones psicológicas sobre el manejo de duelo

Los/as participantes del programa deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión, asegurando que la intervención se aplique a progenitores cuya experiencia emocional sea directamente relevante y comparable:

En primer lugar, los/as progenitores deben tener un hijo o hija diagnosticado/a con leucemia linfoblástica aguda (LLA), dado que esta enfermedad infantil genera altos niveles de estrés, incertidumbre y riesgo percibido, factores que incrementan el duelo anticipado y

condicionan la necesidad de estrategias específicas de afrontamiento y regulación emocional (Kohlsdorf & Costa, 2012).

Además, se limita la participación a cuidadores con hijos/as de 3 a 12 años, rango que coincide con etapas de desarrollo donde los/as menores requieren un cuidado intenso y los/as progenitores enfrentan retos particulares en la comunicación, el acompañamiento diario y la gestión emocional (Mullins et al., 2014).

Asimismo, se requiere que los/as cuidadores sean conocedores del diagnóstico de la enfermedad desde hace menos de un año, con el fin de intervenir en una fase inicial del duelo anticipado. La intervención temprana permite un manejo más eficaz de la ansiedad y la preocupación anticipatoria, incrementando la probabilidad de prevenir complicaciones psicológicas y promoviendo la adaptación emocional temprana (Inhestern et al., 2016).

Finalmente, los/as participantes deben presentar indicadores clínicos de duelo anticipado asociados a una pérdida esperada, tales como tristeza intensa, preocupación por la salud del hijo/a, culpa o miedo, sin cumplir criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-5-TR. Este criterio asegura que el programa sea seguro y apropiado, focalizándose en la prevención y regulación emocional mediante estrategias grupales de arteterapia y TCC, sin sustituir intervenciones psiquiátricas necesarias en casos de depresión mayor.

Se han elegido estos criterios de inclusión porque aseguran que los/as participantes comparten la experiencia central que aborda el programa y que pueden aprovechar los recursos ofrecidos de manera significativa. Además, se utilizan los criterios de exclusión con el fin de proteger la seguridad emocional de cada uno/a y asegurar que la intervención sea válida y adaptativa para quienes realmente se puedan beneficiar de ella.

Por otro lado, se excluyen a las personas que presenten episodios de depresión severa, psicosis, ideación suicida u otros trastornos psiquiátricos graves, así como aquellos con alteraciones cognitivas significativas o problemas de comprensión, ya que estas condiciones

pueden interferir con la participación efectiva en el grupo y requieren atención clínica especializada (Kazdin, 2021).

También se excluyen aquellos que no puedan asistir de forma regular al programa debido a limitaciones de tiempo, responsabilidades familiares u otras circunstancias, ya que la continuidad es fundamental para el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y regulación emocional. Por último, se excluyen a progenitores que participen simultáneamente en otras intervenciones psicológicas orientadas al manejo del duelo, para evitar la interferencia entre programas y asegurar la validez de la intervención (Kazak, 2004).

Estas exclusiones responden a criterios de seguridad y viabilidad terapéutica, ya que el programa se enmarca en un modelo de prevención secundaria, orientado a reducir factores de riesgo de cronificación del duelo y del malestar emocional, y no constituye una intervención psicoterapéutica dirigida al tratamiento de trastornos mentales graves (Kazdin, 2021). Por ello, la participación está restringida a progenitores que presenten indicadores de duelo anticipado o malestar emocional subclínico, sin cumplir criterios diagnósticos de trastorno mental mayor, asegurando que los recursos del programa se utilicen de manera efectiva y segura para quienes pueden beneficiarse de la intervención grupal.

Previo al inicio del programa, se realizará una valoración mediante entrevista clínica y cuestionarios de cribado para garantizar la idoneidad de los/as participantes y detectar posibles necesidades que requieran derivación a servicios especializados. Esta medida permite ofrecer un entorno seguro, adaptado a la intensidad y naturaleza del malestar emocional de cada cuidador/a, y asegura que la intervención pueda centrarse en la prevención y el fortalecimiento de recursos personales y familiares.

Diseño

El programa se desarrollará pre-post con seguimiento, donde se evaluará a los/as participantes antes y después de la intervención para medir cambios en las variables de interés.

Además, se realizará un seguimiento de los/as integrantes a los 3, 6 y 9 meses tras la finalización del programa. Este seguimiento permitirá estudiar la evolución del duelo anticipado en los/as progenitores y observar el funcionamiento de las estrategias adquiridas durante la intervención. Por otra parte, este tipo de diseño permite evaluar los efectos de una intervención específica en un grupo de participantes sin necesidades de asignar a los/as mismos/as de forma aleatoria (Campbell y Stanley, 1963). Además, este enfoque ofrece una flexibilidad para trabajar con cada uno/a, garantizando que todas las personas reciban el beneficio de la intervención mientras se obtiene evidencia sobre su eficacia (Campbell y Stanley, 1963). Con este diseño se pretende no solo promover un proceso de afrontamiento saludable del duelo anticipado antes del inicio del programa, sino también proporcionar a los/as progenitores estrategias que le permitan prevenir o afrontar situaciones similares que se puedan repetir en un futuro.

Se trabajará de forma grupal con los/as cuidadores/as con hijos/as con LLA, formando grupos de ocho a diez personas. Este tamaño de grupo se considera óptimo en programas psicosociales, ya que permite una dinámica participativa equilibrada, donde cada integrante puede expresar sus emociones, compartir experiencias y recibir retroalimentación tanto del facilitador como del resto del grupo, sin que la sesión se vuelva inmanejable o impersonal (Yalom & Leszcz, 2020).

Para ello, se repartirá información a través de un folleto informativo (Apéndice A) que tendrá los principales detalles de la intervención y las instrucciones para inscribirse a través de diversas asociaciones. Se selecciona la *Federación Española de Familias de Cáncer Infantil (FEFCI)*, la cual agrupa muchas asociaciones de familias con menores con cáncer. También a través de una fundación conocida en cáncer infantil, *Fundación Aladina*, la cual ofrece apoyo a menores con cáncer y sus familias. Las personas interesadas podrán acceder al formulario de inscripción (Apéndice B) escribiendo un correo electrónico a

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

programaduelo26@gmail.com o comunicándolo al número de teléfono +34 655123456, donde se les proporcionará el enlace al formulario o las indicaciones para completarlo. En dicho formulario, se recogerán datos sociodemográficos y se verificarán si se cumplen los criterios de inclusión y exclusión, de forma que se pueda realizar un proceso de selección previa y asegurar que los/as participantes se ajusten al perfil que busca el programa.

Todas las sesiones tendrán una duración de 60-90 minutos, con un tiempo flexible de 15 minutos por si surge algún tipo de inconveniente. Los/as integrantes formarán grupos de 8 a 10 personas, como se explica anteriormente, para llevar a cabo las sesiones y así crear un ambiente seguro, en el que puedan intercambiar opiniones, encontrar comprensión y apoyo, además de obtener la oportunidad de ampliar sus círculos sociales.

Variables e instrumentos

Las variables que se van a evaluar se dividen en dependientes e independientes. En relación con las variables independientes, se utiliza la “*intervención*” propia, ya que los/as cuidadores/as participan en el programa de intervención grupal sobre el duelo anticipado. Por otro lado, las variables dependientes son las siguientes: “*Niveles de ansiedad*”, “*regulación emocional*”, “*afrontamiento de duelo anticipado*”, “*calidad de vida*” y “*vínculos afectivos*”.

En relación con los instrumentos, se pasarán los siguientes cuestionarios antes del programa y tras la finalización de este, ya que se realizará una evaluación pre-post con seguimiento a los/as participantes. Todos los instrumentos utilizados han sido previamente validados en población española, garantizando su fiabilidad y adecuación cultural para este contexto.

Cuestionario de Ansiedad/Rasgo (STAI) (State-Trait Anxiety Inventory).

Este cuestionario fue desarrollado por C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene, y la adaptación española se realizó en el año 1982 por G. Buela-Casa, A. Guillén-Riquelme y N. Seisdedos. Se trata de un instrumento cuyo objetivo es medir la ansiedad tanto en su

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

dimensión de estado como de rasgo, a través de un total de 40 ítems, distribuidos equitativamente en ambas subescalas. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones, que van desde 0 (casi nunca/nada) hasta 3 (mucho/casi siempre). En nuestra población española, ha mostrado adecuados índices de consistencia interna, con valores que oscilan entre 0.84 y 0.93.

Escala de depresión de Beck-II (BDI-II).

Es un autoinforme de 21 ítems que permite evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en adultos. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, lo que permite obtener una puntuación total de entre 0 y 63, donde los valores más altos señalan una mayor presencia e intensidad de los síntomas depresivos. Evalúa diversas dimensiones del estado de ánimo depresivo, incluyendo síntomas cognitivos, afectivos, motivaciones y somáticos, como por ejemplo la pérdida de interés, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, etc. Presenta una fiabilidad elevada, con un alfa de Cronbach de 0.91 (Beck, Steer & Brown, 1996). Presenta un formato de administración rápido y sencillo, facilitando la identificación de cambios en la intensidad a lo largo del tiempo, lo cual es bastante útil en estudios de seguimiento.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

Esta escala evalúa la capacidad de una persona para identificar, comprender y gestionar sus emociones, incluyendo aspectos como la conciencia emocional, la aceptación de emociones negativas y el control de impulsos ante emociones intensas. Es un autoinforme de administración sencilla, compuesta por 36 ítems que proporciona un perfil global de regulación emocional y subescalas específicas. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert, generalmente de 1 a 5, donde puntuaciones más altas indican mayores dificultades en la regulación emocional. La fiabilidad reportada para la escala total es alta, con un alfa de Cronbach de 0.93 (Gratz & Roemer, 2004).

Cuestionario de bienestar de la organización mundial de salud (WHO-5 Well-Being Index).

El WHO-5 Well-Being Index evalúa el bienestar psicológico subjetivo, centrándose en la presencia de estados emocionales positivos durante las últimas dos semanas, como por ejemplo sentirse alegre, tranquilo, activo, descansado y con interés por la vida. Es un instrumento de autoinforme breve y de administración sencilla, compuesto por 5 ítems que proporcionan una medida global del nivel de bienestar emocional. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 5 (de “en ningún momento” a “todo el tiempo”), donde puntuaciones más altas indican un mayor nivel de bienestar. La puntuación total puede utilizarse como indicador de bienestar general y como herramienta de cribado para detectar posible malestar psicológico o riesgo de depresión. La escala presenta buenas propiedades psicométricas, con una alta consistencia interna, reportándose valores de alfa de Cronbach generalmente superiores a 0,80, lo que respalda su fiabilidad y utilidad tanto en contextos clínicos como de investigación (Topp et al., 2015).

Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)-versión para cuidadores).

Este cuestionario, en su versión para cuidadores, evalúa diferentes dimensiones de la relación entre progenitores o cuidadores y sus hijos/as, incluyendo aspectos como el apoyo, la comunicación, la implicación parental, la satisfacción con la crianza, el establecimiento de límites y la autonomía del/la menor. Es un instrumento de autoinforme de administración sencilla, compuesto por 78 ítems que permiten obtener un perfil global del funcionamiento de la relación parento-filial, así como puntuaciones en diversas subescalas específicas relacionadas con las prácticas y actitudes parentales. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert, donde las puntuaciones reflejan el grado de acuerdo con diferentes afirmaciones sobre la relación con el hijo o hija. El inventario presenta adecuadas propiedades psicométricas,

mostrando niveles satisfactorios de consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach que suelen situarse entre 0,70 y 0,88 en sus distintas subescalas, lo que respalda su fiabilidad y utilidad en contextos clínicos, educativos y de investigación para evaluar la calidad de la relación entre cuidadores e hijos/as (Gerard, 1994).

Materiales

El espacio en el que se llevará a cabo el programa será en una consulta privada sanitaria, concretamente en una sala amplia con espacio suficiente para el grupo, contando con una cantidad de quince sillas, cuatro mesas, un proyector, una pizarra, bolígrafos y/o rotuladores, folios, impresora y un ordenador.

En cuanto a los recursos humanos, se contará con el/la profesional durante todo el programa, el/la cual poseerá la titulación del Máster Generalista Sanitario. Debido a que se tratarán temas delicados como es el duelo anticipado, sería recomendable que el/la terapeuta que imparta el programa tenga conocimientos y esté formado en el tema.

En la tabla 2 se muestra el presupuesto previsto para desarrollar el programa.

Tabla 2*Presupuesto del programa de intervención*

Concepto	Presupuesto
Materiales de evaluación	900€
Material de apoyo	200€
Psicólogo/a	1600€
Recursos tecnológicos	100€
Gastos administrativos	150€
Sala privada sanitaria	250€
Almuerzo sesión final	400€
Total estimado	3600€

Estructuración del programa

La intervención se llevará a cabo en dos fases. Primeramente, se delimitará la posibilidad de participación según los criterios de inclusión y exclusión, y la forma en la que se contactarán con los/as futuros/as participantes. En vista de que los/as integrantes deben de tener hijos/as con LLA, serán seleccionados de asociaciones específicas para cuidadores/as con hijos/as con leucemia linfoblástica aguda de las que ya previamente formen parte, mediante un folleto informativo y una encuesta.

Tras dichos criterios, en segundo lugar, se seleccionarán los aspectos a trabajar en las diversas sesiones, constando de 18 sesiones en total, con el propósito de que sea un programa completo que integre los distintos componentes implicados en el proceso. En primer lugar, permitiría establecer una correcta alianza terapéutica, seguido de psicoeducación sobre el duelo anticipado, identificando y trabajando los pensamientos intrusivos a través de técnicas de exposición. También permitiría detectar y modificar los pensamientos disfuncionales y

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

abordar la evitación y pensamientos intrusivos a través de un entrenamiento de regulación emocional. Finalmente, se dedicará un espacio a consolidar las habilidades adquiridas en sesión.

Un formato más breve de sesiones obligaría a fusionar varias de estas fases, agrupando varios componentes en un periodo de tiempo más reducido, lo que dificulta dedicar tanto espacio para su trabajo como para la reflexión y práctica entre sesiones, lo que podría reducir la eficacia y el alcance del proceso terapéutico y disminuir la probabilidad de que los aprendizajes se mantengan en el tiempo. Este hecho lo demuestran metaanálisis que producen mejores efectos a seguimiento con mayor número de sesiones y feedback individualizado (Wagner et al., 2020).

Durante el desarrollo del programa, es importante contemplar la posible aparición de sintomatología grave o reacciones emocionales intensas que excedan la respuesta esperada para el proceso de duelo normal. La intervención en crisis se define como un enfoque focalizado a sintomatología aguda que requiere atención pronta y especializada, y su objetivo principal es reducir las reacciones emocionales intensas en un periodo breve para restablecer la estabilidad de la persona antes de proceder con intervenciones más profundas (Zalaquetta & Muñoz, 2017). Si durante la intervención se observan señales de malestar emocional intenso, como por ejemplo ansiedad repetitiva, pensamientos suicidas o dificultades importantes para realizar actividades cotidianas, se debe actuar de forma inmediata. Esto implica derivar al participante a profesionales especializados en salud mental, ofrecer sesiones individuales de apoyo psicológico, y, si es necesario, suspender temporalmente su participación en la intervención grupal para garantizar la seguridad de la persona y reducir la posibilidad de que el malestar aumente (Zalaquetta & Muñoz, 2017).

Para asegurar la eficacia del programa de intervención, se establece que cada participante podrá faltar hasta tres sesiones, pero sin superar este límite, ya que de lo contrario podría

perder el derecho a continuar en el programa. De esta forma se garantiza que los/as progenitores reciban una cantidad mínima de sesiones que les permita fortalecer estrategias de afrontamiento, gestionar sus emociones de forma adaptativa y trabajar la elaboración del duelo anticipado (Kazak et al., 2004; Milberg et al., 2011)

El registro de asistencia se llevará a cabo en cada sesión, permitiendo al equipo identificar ausencias recurrentes y ofrecer seguimiento individualizado para mantener la motivación y el compromiso del/la participante. La asistencia regular es especialmente relevante en intervenciones grupales, ya que la dinámica grupal depende de la participación de todos/as los/as miembros, y la continuidad influye directamente en el apoyo social percibido y en la eficacia terapéutica de la arteterapia y la TCC (Yalom & Leszcz, 2020; Law et al., 2019)

Asimismo, la política de asistencia protege la integridad del grupo y asegura que cada sesión se desarrolle de manera segura y ordenada, permitiendo que los/as participantes puedan compartir experiencias, recibir retroalimentación y practicar estrategias de regulación emocional en un entorno estable y confiable (Bosman et al., 2021).

En este punto, se dividirá el programa en cuatro fases, las cuales tendrán una duración aproximada de 9 meses. Antes y después de la segunda fase, se realizará la sesión de preevaluación y post evaluación para observar la efectividad del programa.

Tabla 3*Fases del programa*

Fase	Objetivo
Fase 1	Evaluación pretratamiento y entrega de documentación
Fase 2	Contenido del programa
Fase 3	Evaluación post tratamiento
Fase 4	Seguimiento

La primera fase consistirá en la evaluación de los/as participantes y se llevará a cabo en dos días con el fin de establecer un espacio seguro y facilitar a los/as mismos/as la adaptación en la intervención. Las actividades se realizarán en varias sesiones individuales con el fin de evitar sesgos en la calidad de las respuestas. Además, se verificará que cada progenitor/a cumpla con los criterios de selección realizados en el formulario de inscripción (Apéndice B). También, se entregará la documentación necesaria, la cual incluye el consentimiento informado y la protección de datos (Apéndice C), de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Asimismo, en esta fase se explicará el funcionamiento del programa, así como la política de asistencia (Apéndice D). Se permite que cada participante pueda faltar hasta tres sesiones, pero sin superar este límite, ya que puede perder el derecho a continuar en el programa. En cuanto a la evaluación inicial, y una vez que los/as integrantes hayan firmado la documentación anterior, se administra de manera individual primero el cuestionario de Ansiedad/Rasgo (STAI) y la Escala de depresión de Beck-II (BDI-II). En el último día de esta primera fase, se terminará de evaluar a los/as participantes pasándoles la Escala de dificultades en la Regulación emocional (DERS), el cuestionario WHO-5 (Well-Being Index) y la

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (Parent-Child Relationship Inventory – PCRI) – versión para cuidadores.

La segunda fase tendrá una duración de cinco meses aproximadamente. Está compuesta por catorce sesiones grupales las cuales durarán entre 60-90 minutos y se llevarán a cabo cada semana. Las trece primeras sesiones se llevarán a cabo con las 8-10 personas que participan en el programa y la sesión final será diferente, celebrándose un almuerzo a modo de despedida y cierre del programa, al que podrán asistir los/as hijos/as y la pareja o familiar de los/as participantes en caso de que esta no forme parte del programa.

Del mismo modo, la tercera fase corresponde a la evaluación postratamiento, que se realizará de forma individual al terminar el programa. Se aplicarán los mismos cuestionarios en el mismo orden utilizados al inicio, con el objetivo de identificar posibles cambios o avances. Esta fase se llevará a cabo en dos días diferentes para minimizar posibles sesgos en las respuestas a los cuestionarios y se extenderá aproximadamente durante una semana. En la primera jornada se realizará una entrevista semiestructurada para recopilar información cualitativa sobre los cambios percibidos por los/as integrantes (Apéndice E). Asimismo, se aplicará el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el cuestionario de Ansiedad/Rasgo (STAI). En el segundo día se aplicará la Escala de dificultades en la Regulación emocional (DERS), el cuestionario WHO-5 (Well-Being Index) y la adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (Parent-Child Relationship Inventory – PCRI) – versión para cuidadores, además de la encuesta de satisfacción (Apéndice F), con el fin de evaluar la satisfacción general y detectar fortalezas y áreas de mejora del proyecto.

Por último, en la fase de seguimiento, se evaluará la estabilidad de los resultados obtenidos tras la finalización de la intervención. Este seguimiento se realizará a los 3, 6 y 9 meses posteriores a la finalización del programa, utilizando los mismos instrumentos de evaluación

aplicados durante la intervención, con la finalidad de identificar cambios en la intensidad de los síntomas, consolidar estrategias de afrontamiento, etc.

Este seguimiento también permite evaluar la eficacia a medio plazo de la intervención e identificar posibles carencias. Este tipo de enfoque longitudinal es fundamental para fortalecer la validez del diseño pre-post con seguimiento, ya que permite comparar los cambios en los/as participantes en diferentes momentos temporales y estudiar la continuidad o disminución de los efectos de la intervención a lo largo del tiempo (Shear et al., 2005).

Descripción y Temporalización de la Intervención

Todas las sesiones tendrán una duración aproximada de 60-90 minutos, presentando una estructura similar en cada fase. Al comienzo de cada sesión se reservarán 15 minutos aproximadamente para comentar situaciones que hayan podido surgir durante los días transcurridos entre una sesión y otra. Estas pueden estar relacionadas tanto con los/as hijos/as como con la aplicación de técnicas aprendidas a lo largo del programa. El objetivo es favorecer la resolución de dudas, promoviendo así una mayor unión entre los/as miembros del grupo, así como anticipar posibles situaciones futuras y aprender estrategias para afrontarlas. Finalmente, se destinarán los últimos 15 minutos a repasar lo aprendido y aclarar posibles dudas, dando por finalizada la sesión.

A continuación, se presenta la organización y secuencia de las sesiones de este programa. La tabla resume las fases de las sesiones, la descripción de cada una de ellas y la duración aproximada, permitiendo visualizar de forma clara la planificación del programa.

Tabla 4*Estructuración de las sesiones*

Fase de la sesión	Descripción	Duración aproximada
Inicio	Dar la bienvenida a los/as participantes	15 minutos
Desarrollo	Contenido de la sesión	60 minutos
Cierre	Resumen de lo trabajado y cierre de la sesión	15 minutos

A continuación, se expondrá en detalle cómo se llevarán a cabo las sesiones de la segunda fase del programa:

Sesión 1: Introducción y presentación**Tabla 5***Resumen sesión 1*

Título	Objetivos	Recursos
Introducción y presentación	Conocer a los/as integrantes, crear un ambiente de confianza y apoyo, presentar el programa y establecer normas grupales	Psicóloga/o, proyector, tarjetas blancas, bolígrafos, rotuladores, espacio cómodo para el grupo

En esta sesión, al ser la primera toma de contacto con los/as integrantes en todo el programa, se pretende hacer un acercamiento a los/as mismos/as, y una primera toma de contacto con sus principales emociones. Posteriormente haremos una pequeña introducción del programa y las fases que vamos a realizar.

En primer lugar, se llevará a cabo una presentación inicial del/la profesional, responsable del programa, destacando su experiencia y su papel en la intervención, así como la importancia del apoyo mutuo entre progenitores. Se recalcará la importancia de la colaboración y del respeto dentro del grupo. Con el fin de que las personas se conozcan mejor, se realizará una “rueda de presentaciones”, en la que cada participante compartirá su nombre, el de su hijo/a y una característica positiva del/la menor, enfocándose en los aspectos que consideren “positivos”.

A continuación, se entregarán tarjetas en blanco y bolígrafos para que los/as participantes escriban de manera anónima sus expectativas sobre el programa y lo que esperan conseguir con su participación. Estas se recogerán y se leerán en voz alta, identificando temas comunes y generando un ambiente de apoyo grupal. Después, se entregará a cada participante un folleto informativo en el que se detallan los aspectos fundamentales del programa, incluyendo el horario de las sesiones, la duración, los contenidos que se trabajaran a lo largo de la intervención y la metodología empleada (Apéndice G).

Posteriormente, el/la profesional realizará una explicación verbal del contenido del folleto, resolviendo posibles dudas y asegurando la correcta comprensión de la información proporcionada. Este espacio permite clasificar expectativas, reducir la incertidumbre inicial y promover la participación de los/as integrantes. Asimismo, se explicarán las normas básicas de funcionamiento del grupo, tales como el respeto, la confiabilidad y la participación voluntaria, con el objetivo de garantizar un entorno seguro y adecuado para el desarrollo de las sesiones.

Finalmente, como cierre de la sesión los/as pacientes podrán compartir de manera voluntaria sus expectativas e inquietudes respecto al programa, reforzando así el vínculo inicial y facilitando la cohesión grupal.

Sesión 2: Psicoeducación sobre el duelo anticipado

Tabla 6

Resumen sesión 2

Título	Objetivos	Recursos
Psicoeducación sobre el duelo anticipado	Proporcionar información sobre el duelo anticipado y sus efectos emocionales, normalizando las experiencias de los/as integrantes	Psicóloga/o, proyector, diapositivas informativas, folletos, espacio cómodo para el grupo

En esta sesión, el/la psicólogo/a presentará información teórica sobre el duelo anticipado, explicando sus características, fases y manifestaciones emocionales tanto en adultos como en hijos/as. Se hará énfasis en la normalidad de las reacciones emocionales, reduciendo la ansiedad y los mitos asociados al proceso de duelo.

Mediante unas tarjetas visuales, se explicarán las emociones principales que suelen acompañar el duelo anticipado, incluyendo su función y duración (Apéndice H). Se destacará aquellas emociones que normalmente son consideradas como negativas, como por ejemplo el miedo, la tristeza, la ira, la culpa y la vergüenza.

Tras la explicación teórica se propondrá un espacio de reflexión y expresión emocional, en el que se invitará a los/as integrantes a compartir cómo viven la experiencia de la pérdida anticipada y qué emociones aparecen en la relación con la evolución de la enfermedad. Este momento pretende fomentar la validación emocional, el apoyo grupal y la toma de conciencia del propio proceso del duelo.

Para finalizar, se retoma la reflexión emocional con el fin de identificar posibles cambios en la percepción o vivencia emocional tras la psicoeducación recibida, favoreciendo una mayor comprensión y resignación de experiencia personal.

Sesión 3: Expresión y regulación emocional a través del arte y el juego

Tabla 7

Resumen sesión 3

Título	Objetivos	Recursos
Expresión y regulación emocional a través del arte y el juego	Favorecer la identificación y expresión de emociones	Psicóloga/o, proyector, tarjetas, bolígrafos, guías de identificación emocional, lienzo, folios, pinturas y espacio cómodo para el grupo

El/la psicólogo/a iniciará la sesión con una breve introducción psicoeducativa, en la que se abordará la importancia del reconocimiento emocional como paso previo a una adecuada regulación y comunicación de las necesidades personales. Se explicará cómo la dificultad para identificar y expresar las emociones puede contribuir al malestar psicológico y cómo el uso de recursos artísticos puede facilitar esta expresión.

A continuación, se dedicará un periodo de tiempo para que cada persona del programa pueda expresar sus emociones realizando un rol-playing de unos 20 minutos aproximadamente, comentando que es lo que más se parece a las emociones que están sintiendo en ese momento y así hacer una preevaluación de sus propias emociones. Asimismo, se les proporcionará una ficha con representaciones emocionales (Apéndice I) que podrán utilizar para mejorar su expresión. Además, estableceremos una serie de límites para generar un ambiente

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

más seguro y respetuoso, como no interrumpir, no juzgar, ser participativo. Por otro lado, se destacará la importancia del apoyo entre todos y todas, y la importancia de la participación.

Para complementar esta actividad, se incorporará arteterapia mediante pintura individual, donde cada participante plasmará en un folio o lienzo las emociones identificadas durante el rol-playing, utilizando colores, formas y trazos libres para externalizarlas y explorarlas de manera creativa.

Para finalizar, la sesión concluirá con un espacio de cierre, en el que los/as participantes podrán compartir los principales aprendizajes obtenidos y resolver dudas, reforzando la importancia del reconocimiento emocional y la comunicación de necesidades como herramientas fundamentales para el bienestar psicológico.

Sesión 4: Relajación y expresión emocional creativa

Tabla 8

Resumen sesión 4

Título	Objetivos	Recursos
Relajación y expresión emocional creativa	Enseñar y practicar estrategias de relajación, promoviendo la expresión emocional a través de experiencias artísticas	Psicóloga/o, proyector, sillas, música relajante, hojas o lienzos, lápices de colores, rotuladores, guías impresas de ejercicios de relajación

La sesión empezará con una introducción psicoeducativa sobre la importancia de las técnicas de relajación para manejar ansiedad y estrés relacionados con el duelo anticipado y la crianza de los/as hijos/as. Se explicará cómo la conciencia emocional es un paso previo para poder expresarse de manera segura y regulada.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

A continuación, se guiará a los/as participantes en ejercicios de respiración profunda, relajación muscular progresiva y visualización guiada, utilizando música relajante para favorecer la calma y la conexión con su cuerpo y emociones.

Tras los ejercicios de relajación, se incorporará la arteterapia de manera creativa y dinámica, permitiendo a los/as integrantes expresar sus emociones mediante varias modalidades artísticas, como, por ejemplo:

- A través del dibujo y pintura libre, plasmado sensaciones o emociones con colores, formas y texturas, explorando tanto lo que sienten como los recursos que movilizan para afrontar la situación.
- Realizando un movimiento creativo, es decir, integrando breves gestos o movimientos expresivos para acompañar la emoción representada en el arte, fomentando la conexión cuerpo-mente.

Durante estas actividades, el/la psicólogo/a fomentará que todas las personas reflexionen sobre lo que emerge en su obra, compartiendo voluntariamente sus descubrimientos o sensaciones en un espacio seguro y respetuoso. Se establecerán normas de interacción, como escucha activa, no juzgar, respeto y participación consciente, para reforzar la confianza y cohesión grupal.

Finalmente, se realizará una reflexión en grupo sobre las técnicas de relajación y las actividades creativas, discutiendo qué estrategias fueron más útiles y cómo pueden integrarlas en la vida cotidiana. Se cerrará la sesión con un breve ejercicio de relajación guiada para consolidar la calma y el bienestar emocional, motivando a los/as integrantes a seguir practicando estas técnicas en casa (Apéndice J).

Sesión 5: Reflexionar sobre la muerte

Tabla 9

Resumen sesión 5

Título	Objetivos	Recursos
Reflexionar sobre la muerte	Facilitar un espacio para expresar creencias, sentimientos y actitudes hacia la muerte	Psicóloga/o, proyector, tarjetas, bolígrafos, guías de reflexión, espacio cómodo para el grupo

En esta sesión, el/la psicólogo/a introducirá el tema de la muerte de manera respetuosa y gradual, explicando su relevancia en el contexto del duelo anticipado y la crianza de hijos/as. Se fomentará un ambiente seguro y de confianza donde los/as participantes puedan expresar sus pensamientos y emociones sobre la muerte sin temor a ser juzgados/as.

Se propondrán actividades de reflexión guiada, incluyendo preguntas abiertas y dinámicas grupales para compartir experiencias y perspectivas, así como ejercicios individuales de escritura sobre sentimientos y creencias personales acerca de la muerte (Apéndice K). Esto permitirá que los/as integrantes tomen conciencia de sus emociones y pensamientos, y favorezca el procesamiento emocional.

Durante la sesión, se animará al grupo a identificar estrategias de afrontamiento y formas de comunicar sus sentimientos a sus hijos/as y entorno cercano, reforzando el apoyo mutuo.

Para cerrar la sesión, se realizará un breve resumen de los contenidos trabajados y se anticipará el tema de la próxima sesión, recordando la importancia de la continuidad y el compromiso con el proceso grupal.

Sesión 6: Apoyo y vínculos sanos

Tabla 10

Resumen sesión 6

Título	Objetivos	Recursos
Apoyo y vínculos sanos	Promover vínculos saludables dentro de la familia y de la comunidad	Psicólogo/a, proyector, tarjetas, bolígrafos, papel Kraft o cartulinas grandes, lápices de colores, rotuladores, materiales reciclables, dinámicas grupales impresas, espacio cómodo para el grupo

En esta sesión, el/la psicólogo/a iniciará explicando la importancia de los vínculos familiares y comunitarios como soporte emocional durante situaciones de estrés y duelo. Se hará énfasis en cómo las relaciones positivas pueden favorecer la resiliencia y el bienestar tanto de los/as participantes como de sus hijos/as.

Se llevarán a cabo dinámicas que permitan identificar y reforzar los apoyos disponibles en la familia y en la comunidad, así como explorar estrategias para fortalecer relaciones saludables. Los/as integrantes del grupo compartirán experiencias, dificultades y recursos que utilizan para mantener estos vínculos, fomentando un aprendizaje colectivo.

Cada persona recibirá un papel grande o cartulina y materiales de dibujo y collage (lápices, rotuladores, revistas, pegamento). Se les pedirá que representen su red de apoyo familiar y comunitaria como un dibujo o mapa creativo:

- Los círculos, líneas o colores representarán al/la individuo/a o instituciones que les brindan soporte.
- Se pueden incluir símbolos, palabras o figuras que reflejen la calidad de la relación, emociones asociadas o cómo se sienten al recibir apoyo.

El/la psicólogo/a fomentará la reflexión sobre los vínculos fuertes, los recursos aún no explorados y las estrategias para fortalecer relaciones débiles o conflictivas.

A continuación, se abrirá un espacio de intercambio voluntario, donde los/as participantes podrán compartir sus representaciones y reflexionar sobre los descubrimientos obtenidos, promoviendo empatía, validación y aprendizaje colectivo.

Asimismo, se propondrán ejercicios prácticos para aplicar en casa, orientados a mejorar la comunicación, la empatía y la cooperación entre los/as miembros de la familia (Apéndice L). Se animará a que reflexionen sobre cómo las estas estrategias aprendidas pueden integrarse en el día a día y cómo pedir apoyo cuando sea necesario.

Para finalizar la sesión, se hará un repaso de los contenidos desarrollados, se destacarán los aprendizajes importantes de la sesión y se anticipará el tema de la próxima sesión, reforzando la continuidad del proceso.

Sesión 7: Estrategias de afrontamiento

Tabla 11

Resumen sesión 7

Título	Objetivos	Recursos
Estrategias de afrontamiento	Desarrollar habilidades para afrontar el duelo anticipado e identificar recursos durante el proceso	Psicóloga/o, proyector, tarjetas, bolígrafos, espacio cómodo para el grupo

La sesión comenzará con una breve introducción en la que se recordarán los conceptos trabajados en sesiones anteriores, especialmente el reconocimiento de emociones, conectando con la idea de que estos elementos son la base para desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas frente al duelo anticipado. A continuación, se realizará una dinámica centrada en la resiliencia, en la que cada participante escribirá en tarjetas tres situaciones difíciles que haya vivido como progenitor/a durante la enfermedad de su hijo/a y qué recursos o estrategias utilizó para sobrellevarlas. De manera voluntaria, algunos/as personas compartirán sus experiencias, generando un espacio de validación mutua y aprendizaje grupal sobre diversas formas de afrontar la adversidad.

Posteriormente, el/la psicólogo/a guiará a los/as integrantes en la elaboración de un mapa de recursos personales y externos, diferenciando entre estrategias internas, como por ejemplo respiración, relajación, expresión emocional o planificación, y recursos externos, como por ejemplo familiares, amigos, asociaciones o profesionales. Se fomentará la reflexión sobre cómo integrar estos recursos de manera práctica en la vida cotidiana para potenciar el bienestar emocional.

Después, cada persona elaborará un plan personal de afrontamiento, seleccionando dos o tres estrategias concretas que pueda aplicar en la semana ante momentos de estrés o ansiedad relacionados con el duelo anticipado. Se animará a compartir voluntariamente el plan dentro del grupo, de modo que puedan inspirarse mutuamente y recibir sugerencias prácticas para adaptar las estrategias a su rutina diaria.

Para finalizar, el/la psicólogo/a realizará un cierre de la sesión, resumiendo los puntos clave trabajados: resiliencia, estrategias de afrontamiento y la importancia del apoyo social. Se motivará a cada participante a aplicar lo aprendido en el día a día y a reforzar tanto los recursos personales como los comunitarios que se han identificados durante la sesión.

Sesión 8: Mandalas de resiliencia

Tabla 12

Resumen sesión 8

Título	Objetivos	Recursos
Mandalas de resiliencia	Promover la autorreflexión y la identificación de recursos internos mediante la creación de mandalas	Psicóloga/o, hojas con plantillas de mandalas o circulares, lápices de colores, rotuladores, espacio tranquilo y cómodo

El/la psicólogo/a introducirá la sesión explicando la técnica de los mandalas como herramienta de autoconocimiento y regulación emocional, enfatizando que los patrones y colores elegidos pueden reflejar emociones, fortalezas y recursos internos.

Cada participante elaborará su mandala personal, centrado en la resiliencia y los recursos que utilizan para afrontar la enfermedad de su hijo/a. Se les animará a reflexionar sobre sus

capacidades de afrontamiento, apoyos familiares y estrategias personales, integrando estas reflexiones en el diseño del mandala.

Después, se realizará un intercambio grupal voluntario, donde cada persona podrá compartir su mandala y los significados asociados.

Para cerrar la sesión, se hará un ejercicio de integración, invitando a cada integrante a escribir una frase o palabra que sintetice su aprendizaje y cómo aplicar esa fortaleza en situaciones cotidianas. La sesión finalizará con un ejercicio breve de respiración consciente, reforzando la regulación emocional y la sensación de bienestar.

Sesión 9: Collage emocional

Tabla 13

Resumen sesión 9

Título	Objetivos	Recursos
Collage emocional	Facilitar la expresión y externalización de emociones a través de recursos plásticos	Psicóloga/o, revistas, tijeras, pegamento, folios, rotuladores, espacio cómodo para el grupo

El/la psicólogo/a comenzará con una breve explicación sobre la técnica del collage, explicando cómo seleccionar y combinar imágenes, y cómo los colores y símbolos pueden ayudar a expresar emociones difíciles y explorar experiencias internas relacionadas con el duelo anticipado.

Cada participante trabajará de forma individual, seleccionando imágenes, palabras o símbolos que representen sus emociones actuales respecto a la enfermedad de su hijo/a y el impacto en su vida familiar. Se fomentará la creatividad y la libertad de expresión, sin juicios ni comparaciones.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Posteriormente, se abrirá un espacio de reflexión, donde cada persona, de forma voluntaria, podrá compartir su collage, explicando los elementos que consideren más significativos.

Para cerrar la sesión, se realizará un ejercicio de integración, invitando a que cada uno/a identifique un aprendizaje o recurso emocional que hayan descubierto durante la actividad y cómo podrían aplicarlo en su vida diaria. Se concluirá con un breve ejercicio de relajación guiada para favorecer la calma y la autorregulación emocional.

Sesión 10: Autocuidado

Tabla 14

Resumen sesión 10

Título	Objetivos	Recursos
Autocuidado	Promover el autocuidado y ofrecer estrategias para establecer límites emocionales saludables	Psicóloga/o, tarjetas, bolígrafos, folios y espacio cómodo para el grupo

El/la profesional introducirá sesión con el concepto de autocuidado, enfocándose en la capacidad de atender las propias necesidades físicas, emocionales y mentales, especialmente en contextos de alta carga emocional como el proceso de duelo anticipado. También, se explicará que, con frecuencia, las personas cuidadoras priorizan el bienestar de los/as demás y dejan a un lado el suyo propio, lo que puede generar agotamiento, culpa y desgaste emocional.

Después, se invitará a los/as participantes a reflexionar de forma individual sobre cómo se están cuidando actualmente. Para ello, se les entregará una hoja en la que deberán escribir aquellas conductas o pensamientos que dificultan su autocuidado, como, por ejemplo: “no tengo tiempo para mí”, “si descanso soy egoísta”, “debo ser fuerte todo el tiempo”, “no puedo decir que no”.

Una vez finalizada esta actividad, cada persona escribirá en tarjetas diferentes pequeñas acciones de autocuidado realistas que podrían incorporar en su vida diaria, adaptadas a su situación personal (por ejemplo: dedicar 10 minutos a respirar, pedir ayuda, expresar cómo se sienten, establecer un límite, permitirse descansar). Si quieren participar, colocarán las tarjetas en una caja común de forma anónima y cada integrante tomará una al azar, leyendo en voz alta la propuesta y reflexionando brevemente sobre cómo podría aplicarla en su propia vida.

Para finalizar, se realizará una breve puesta en común donde se reforzará la idea de que el autocuidado no es un acto egoísta, sino una necesidad fundamental para poder sostener emocionalmente el proceso que están viviendo.

Sesión 11: Manejo de la culpa, miedo e incertidumbre

Tabla 15

Resumen sesión 11

Título	Objetivos	Recursos
Manejo de la culpa, miedo e incertidumbre	Identificar y trabajar emociones de culpa, miedo e incertidumbre, proporcionando estrategias de regulación emocional	Psicóloga/o, hojas de papel, bolígrafos, pizarra, espacio cómodo para el grupo

El/la psicólogo/a iniciará la sesión con una breve explicación sobre la culpa, el miedo y la incertidumbre como emociones habituales en situaciones de pérdida anticipada. A continuación, se llevará a cabo una dinámica denominada “El círculo de control”. Se repartirá una plantilla (Apéndice M), donde cada participante escribirá en el círculo interior aquellas situaciones o aspectos que sí están bajo su control (por ejemplo, cómo se comunican, cómo se cuidan, cómo acompañan emocionalmente). En el segundo círculo anotarán aquello sobre lo que tienen una influencia limitada, y en el círculo exterior escribirán aquellos aspectos que no

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

dependen de ellos/as (la evolución de la situación, el futuro, las decisiones de otros, etc.). Por ejemplo:

Círculo interno: Lo que está bajo mi control

- Acompañar emocionalmente a mi hijo/a.
- Expresarle amor y seguridad.
- Estar presente en sus necesidades diarias.
- Pedir apoyo psicológico cuando lo necesito.
- Cuidar mi propio estado emocional para poder sostenerle.

Círculo intermedio: Lo que puedo influir

- La comunicación con el equipo médico.
- La toma de decisiones compartidas sobre cuidados.
- El clima emocional en el hogar.
- La forma en que la familia afronta la situación.

Círculo externo: Lo que no puedo controlar

- La evolución de la enfermedad.
- El pronóstico.
- El dolor físico del/la menor.
- El momento exacto de la posible pérdida.
- La reacción emocional de mi hijo/a.

Después, se abrirá un espacio de reflexión guiada en el que el/la profesional ayudará al grupo a identificar cómo la culpa y el miedo suelen centrarse en elementos que se encuentran fuera del círculo de control. En el debate, se recalcará la importancia de aceptar los límites personales y aprender a soltar la necesidad de control absoluto.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Para finalizar, se realizará un ejercicio breve de visualización guiada, en el que se invitará a los/as participantes a imaginar que colocan simbólicamente fuera de sí aquellas cargas que no pueden controlar, tomando contacto con una sensación de alivio y aceptación. La sesión concluirá reforzando la idea de que aprender a convivir con la incertidumbre es un proceso gradual y que centrarse en el presente puede reducir significativamente el malestar emocional.

Sesión 12: Redes de apoyo

Tabla 15

Resumen sesión 12

Título	Objetivos	Recursos
Redes de apoyo	Facilitar que los/as participantes identifiquen sus redes de apoyo, reconociendo los recursos disponibles para afrontar el duelo	Psicóloga/o, hojas de papel, folios, bolígrafos, rotuladores, pizarra, pos-it de colores, espacio cómodo para el grupo

El/la profesional comenzará con una breve introducción sobre la importancia de las redes de apoyo en momentos difíciles. Se explicará que contar con personas, grupos o recursos que nos ofrezcan contención emocional, acompañamiento y ayuda práctica es de vital importancia para sostener la salud mental y reducir la sensación de aislamiento, recordando conceptos que se explicaron en la sesión 6.

Una vez que se realiza la introducción de la sesión, se propone la dinámica “Mapa de apoyo”. Cada participante dibujará un esquema en su hoja con su círculo social: familiares, amigos, vecinos, profesionales o grupos de interés. A cada persona o recurso se le asignará un

nivel de cercanía o confianza mediante distintos colores o símbolos, según la sensación de apoyo que brindan. Después, se invitará al grupo a reflexionar sobre dos preguntas:

- ¿Qué relaciones me ayudan más en los momentos difíciles?
- ¿Qué relaciones podría fortalecer o reconectar para sentirme más apoyado/a?

La/el psicóloga/o guiará un diálogo en el que los/as participantes compartirán estrategias concretas para fortalecer los vínculos: comunicar necesidades, expresar gratitud, buscar apoyo profesional, participar en grupos comunitarios o recreativos, y establecer límites saludables en relaciones que generen estrés.

Por último, se realizará un ejercicio de compromiso personal en el que cada persona escribirá en un post-it una acción concreta que pueda realizar en la próxima semana para fortalecer su red de apoyo, como por ejemplo llamar a un familiar o con un amigo sobre sus emociones. Estos post-its se colocarán en la pizarra para visualizar de forma colectiva cómo todos construyen y refuerzan sus redes, generando una sensación de comunidad y acompañamiento.

Termina la sesión recordando que el apoyo no es unidireccional, sino que implica dar, recibir y sostener relaciones de cuidado mutuo.

Sesión 13: Esculturas de cambios futuros

Tabla 16

Resumen sesión 13

Título	Objetivos	Recursos
Esculturas de cambios futuros	Desarrollar habilidades para afrontar cambios y visualizar recursos internos y externos mediante expresión tridimensional	Psicóloga/o, plastilina, arcilla blanda o masa de modelar, cartulinas, marcadores, espacio cómodo para el grupo

En esta sesión, se iniciará con una introducción sobre la naturaleza del cambio y la incertidumbre, explicando que adaptarse no significa predecir el futuro, sino responder de manera flexible y consciente a lo que ocurra, fortaleciendo la resiliencia personal de los/as participantes.

A continuación, se realizará el ejercicio de la “línea de futuro”: cada participante dibujará en una cartulina una línea horizontal que represente los próximos meses o el próximo año de su vida. Sobre esta línea, anotarán los cambios previstos, como situaciones familiares, laborales, personales o de salud, así como los posibles desafíos emocionales que anticipan. Para cada cambio, se les pedirá que marquen posibles estrategias de adaptación, usando colores distintos para diferenciar recursos internos (fortalezas, habilidades) y externos (personas, apoyos, herramientas). Este ejercicio permite visualizar de forma concreta los cambios futuros y reflexionar sobre los recursos disponibles para afrontarlos.

Seguidamente, se incorporará un ejercicio de arteterapia con esculturas de resiliencia.

Cada persona recibirá plastilina, arcilla blanda o masa de modelar, y creará:

1. Una escultura que represente uno de los cambios futuros identificados en la línea, simbolizando los desafíos y emociones que anticipan.
2. Una escultura adicional que represente los recursos y apoyos internos y externos que pueden utilizar para afrontar ese cambio.

Se fomentará la exploración sensorial, la creatividad y la expresión simbólica, utilizando formas, colores y texturas que reflejen tanto los retos como las estrategias de afrontamiento.

Tras la creación de las esculturas, se realizará una dinámica de imaginación guiada, donde los/as integrantes cerrarán los ojos y se visualizarán enfrentando uno de los cambios futuros que más ansiedad les genera. Se les guiará para identificar los recursos internos y externos que podrían utilizar, enfatizando la toma de decisiones consciente y flexible ante situaciones inesperadas.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Una vez finalizada la visualización, se abrirá un espacio de reflexión y compartición voluntaria, donde cada uno/a podrá comentar sus esculturas y su línea de futuro, compartir aprendizajes y discutir estrategias útiles para la adaptación. Esta dinámica promueve la empatía, la validación emocional y el aprendizaje colectivo, además de fortalecer la confianza en los propios recursos y la resiliencia grupal.

Para concluir la sesión, se realizará un resumen de los contenidos trabajados, destacando los aprendizajes más importantes. La sesión finalizará con un ejercicio breve de relajación guiada, conectando los recursos internos identificados con la sensación de calma y preparación para afrontar futuros cambios.

Sesión 14: Reflexión y cierre del proceso

Tabla 17

Resumen sesión 14

Título	Objetivos	Recursos
Reflexión y cierre del proceso	Reflexionar sobre el progreso individual y grupal, crear una red de apoyo entre progenitores y consolidar aprendizajes y estrategias para el futuro	Psicóloga/o, comida y bebida, salón, altavoces, mensaje, espacio reservado

Esta actividad se realizará en un ambiente más relajado e informal, permitiendo a las familias a compartir un día completo junto a sus hijos/as. Para facilitar la asistencia, se realizará un fin de semana en uno de los espacios reservados donde se suele realizar las sesiones. El programa se encargará de la comida y bebida, encargadas previamente a un servicio de catering.

La sesión se desarrollará aproximadamente de 13:00 hasta las 19:00 horas, ofreciendo un espacio donde los/as participantes podrán compartir momentos acompañados de comida y música. Este tiempo estará diseñado para que cada familia tenga la oportunidad de conocerse mejor y fomentar la creación de vínculos de apoyo dentro del grupo.

Por último, el/la psicólogo/a guiará realizará un resumen de los contenidos trabajados a lo largo de la intervención, se agradecerá la participación de todos/as los/as integrantes y se destacará la importancia de mantener los vínculos de apoyo y continuar aplicando las herramientas adquiridas. Se ofrecerá un espacio para resolver dudas y comentarios finales, cerrando de forma positiva y motivadora el programa.

Conclusión, Limitaciones y Líneas Futuras

Este programa de intervención tiene como objetivo principal promover un afrontamiento saludable del duelo anticipado en progenitores de hijos/as con leucemia linfoblástica aguda. La intervención propuesta combina arteterapia y terapia cognitivo-conductual, respondiendo a la necesidad de brindar apoyo psicológico frente a la carga emocional que genera en los/as cuidadores la enfermedad de sus hijos/as (Nelson et al., 2024). Este enfoque no se limita únicamente a la reducción de síntomas ansiosos, sino que busca fomentar la expresión emocional, fortalecer los recursos personales y familiares y promover estrategias de afrontamiento eficaces y adaptativas (Toyama & Honda, 2016; Serna, 2020). Estudios previos han señalado que las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores de menores con enfermedades graves se asocian con mejoras en el bienestar, reducción de la carga emocional y efectos positivos sobre la calidad de vida familiar (Crespo et al., 2019; Torres et al., 2008; Wanden & Sanz, 2021).

En este sentido, el presente programa no pretende patologizar una reacción emocional normativa, sino proporcionar un espacio seguro y estructurado de acompañamiento psicológico. Su objetivo es facilitar un afrontamiento adaptativo del duelo anticipado, promoviendo

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

la expresión emocional, la construcción de sentido, la regulación afectiva y el fortalecimiento de los recursos personales y familiares. Asimismo, el programa busca ofrecer estrategias prácticas para gestionar el malestar, prevenir la cronificación de síntomas ansiosos o depresivos y favorecer la resiliencia de los/as progenitores frente a la experiencia de enfermedad de sus hijos/as.

Esta perspectiva permite diferenciar intervención preventiva de tratamiento clínico, enfatizando que la intervención se enmarca en un modelo de prevención secundaria, orientado a reducir factores de riesgo y potenciar habilidades de afrontamiento antes de que el malestar se intensifique o se convierta en un trastorno psicológico significativo.

Diversos estudios han explicado que otro factor importante que influye en la aparición de ansiedad y depresión en los/as cuidadores/as es la carga percibida y la calidad de la relación con la persona atendida (Del-Pino-Casado et al., 2021). Según Rodríguez-Agudelo et al. (2010), los/as progenitores de los/as pacientes presentaban niveles más altos de ansiedad y depresión que otros miembros de la familia con diferente vínculo. En este sentido, no solo resulta relevante considerar el vínculo familiar, sino también las experiencias familiares en el contexto de las enfermedades, incluyendo la relación con los/as profesionales de la salud, el acceso a la información, las diferencias de género en el duelo ante la condición médica del/la menor y la comunicación entre los/as progenitores (Steele, 2002).

La literatura describe además el estrés psicosocial que experimentan los/as cuidadores/as, manifestándose en altos niveles de malestar emocional, desgaste físico y psicológico y un impacto negativo en su calidad de vida (Brehaut et al., 2009). Asimismo, los/as cuidadores consideran fundamental no solo comunicar el diagnóstico, sino también estar plenamente informados sobre la gravedad de la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles (Brouwer et al., 2021). Kochen et al. (2022) identifican tres dificultades recurrentes al afrontar la pérdida o el duelo anticipado de un/a hijo/a: mantener la esperanza frente a la realidad

terminal del/la menor, gestionar la cercanía emocional sin perder la perspectiva profesional y permitirse expresar las emociones en situaciones donde tienden a inhibirse. Estos factores, sumados a la carga emocional, social y económica que soportan los núcleos familiares con hijos/as gravemente enfermos/as, configuran un “ciclo negativo” que puede aumentar el malestar y limitar la capacidad de afrontamiento (Urrutia et al., 1993). La intervención diseñada en este programa responde a estas necesidades, ofreciendo un espacio seguro para la expresión emocional, la psicoeducación sobre la enfermedad y la construcción de estrategias de afrontamiento, contribuyendo a romper este ciclo y fortaleciendo la resiliencia familiar.

Además, la literatura evidencia que factores como una comunicación clara, el apoyo emocional del entorno, la empatía y una adecuada comprensión de la situación son fundamentales para favorecer el afrontamiento de los/as progenitores y la adaptación familiar en contextos de enfermedad grave (Blazin et al., 2018). Wiener et al. (2020) destacan que transmitir el diagnóstico con honestidad puede mejorar la experiencia de los/as cuidadores, facilitando la gestión emocional durante todo el proceso y contribuyendo a la construcción de estrategias de afrontamiento más adaptativas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de que las intervenciones incluyan componentes psicoeducativos y de comunicación, además del trabajo emocional y creativo ofrecido por el programa.

La literatura subraya también la relevancia de las intervenciones grupales con progenitores en contextos de enfermedad crónica infantil. Este tipo de formato facilitan la normalización emocional, el intercambio de experiencias y la disminución del aislamiento social, variables que influyen directamente en el bienestar psicológico (Lappalainen et al., 2021). En un ensayo clínico multicéntrico se observó que añadir un componente para padres a un programa grupal mejoraba la persistencia de efectos beneficiosos, lo que respalda la utilidad de este enfoque en familias que afrontan enfermedades crónicas (Scholten et al., 2013). Además, programas de apoyo educativo de este estilo, demostraron reducir el estrés y la ansiedad de los

padres, promoviendo la conexión social y el apoyo mutuo entre iguales bajo la guía de un profesional especializado (Sweeney et al., 2025). Estos hallazgos refuerzan la elección de un formato grupal en el presente programa, ya que potencia el aprendizaje colectivo, el acompañamiento emocional y la construcción de redes de apoyo entre cuidadores.

El programa aporta varias contribuciones relevantes al abordaje del duelo anticipado en progenitores. En primer lugar, ofrece un modelo que integra arteterapia y terapia cognitivo-conductual, combinando la expresión simbólica y la reconstrucción de significado con estrategias de regulación emocional y la elaboración de experiencias personales. En segundo lugar, proporciona un marco estructurado y replicable para intervenir en procesos de duelo anticipado, incluyendo herramientas prácticas para la identificación y gestión de emociones intensas, así como protocolos claros frente a la aparición de sintomatología grave. Además, la intervención fomenta el fortalecimiento de redes de apoyo y la construcción de recursos psicosociales, ofreciendo a los/as progenitores espacios seguros para compartir experiencias, expresar emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas.

A partir de la implementación del programa de intervención, se esperan una serie de resultados. En primer lugar, se prevé una disminución del malestar emocional, especialmente en los síntomas de la ansiedad, culpa y miedo asociados al diagnóstico y evolución de la enfermedad del/la menor. La psicoeducación sobre el duelo anticipado y la validación emocional permitirán a los/as participantes comprender y normalizar sus emociones, reduciendo la sobrecarga emocional y favoreciendo una mayor estabilidad emocional (Rando, 2000; Worden, 2018).

Además, se espera una mejora en las estrategias de afrontamiento, promoviendo el uso de recursos adaptativos frente a la incertidumbre y a la anticipación de posibles pérdidas. Incorporar técnicas de relajación, estrategias cognitivas y actividades específicas de emociones,

permitirá un manejo emocional más efectivo y aumentará la percepción del control ante una situación compleja (Compas et al., 2012).

Asimismo, este programa pretende favorecer una mayor comunicación de las necesidades, tanto dentro como fuera del contexto familiar. El trabajo grupal y las sesiones centradas en la comunicación y apoyo social contribuyen a disminuir el aislamiento emocional y fortalece los vínculos sociales y familiares, aspectos que están considerados factores protectores en contextos de enfermedades oncológicas pediátricas (Kazak et al., 2005; Rolland, 2018).

Otro resultado esperado es el refuerzo en el autocuidado de los/as progenitores, fomentando la conciencia sobre la relevancia del bienestar psicológico de los mismos como componente clave en la atención de/la menor. La implementación de estrategias de autocuidado contribuye a prevenir el desgaste emocional y disminuye el riesgo de sobrecarga psicológica a largo plazo (Stamm, 2010).

Finalmente, se espera que los/as participantes logren obtener una mayor adaptación a cambios futuros, integrando de forma más consciente el desarrollo de la enfermedad y del propio duelo. Diversos estudios han señalado que este tipo de procesos contribuyen de forma significativa al bienestar de los/as progenitores, facilitando su resiliencia y promoviendo un crecimiento personal tras la experiencia de pérdida o enfermedad (Neimeyer, 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004).

A pesar de los resultados prometedores de esta intervención, es necesario reconocer varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos y planificar futuras investigaciones. En primer lugar, esta intervención está diseñada específicamente para progenitores de hijos/as con leucemia linfoblástica aguda, lo que limita de forma considerable la posibilidad de aplicar los resultados a otras enfermedades, rangos de edad o contextos clínicos distintos.

En segundo lugar, aunque se plantea un diseño pre-post con seguimiento, no se llevó a cabo un estudio experimental con grupo control aleatorizado. Esto limita la posibilidad de establecer relaciones causa-efecto definitivas entre la intervención y los cambios observados. Además, implica que los efectos detectados podrían estar influidos por variables externas, como el apoyo social previo, la experiencia individual con la enfermedad o factores socioeconómicos.

Otra limitación relevante se relaciona con la dependencia de autoinformes como principal instrumento de evaluación. Estas herramientas permiten medir la experiencia subjetiva de los/as participantes, pero también pueden introducir sesgos de deseabilidad social, interpretación personal o falta de conciencia sobre ciertos estados emocionales. Por ello, los resultados podrían no reflejar completamente la realidad objetiva de los cambios emocionales y conductuales de los/as progenitores. Complementar los autoinformes con evaluaciones externas o instrumentos observacionales podrían fortalecer la validez de los hallazgos y aportar una perspectiva más completa acerca de los resultados de la intervención.

Asimismo, la intervención se centró en mediciones de corto plazo, lo que impide evaluar la sostenibilidad de los efectos a lo largo del tiempo. La mejora en la regulación emocional, la construcción de sentido y el fortalecimiento de las redes de apoyo podrían requerir un seguimiento prolongado para confirmar que los beneficios se mantienen más allá de la finalización de la intervención. Investigaciones futuras deberían considerar evaluaciones longitudinales para comprender la estabilidad de los cambios y su impacto en la resiliencia y el afrontamiento del duelo anticipado en el tiempo.

Por otra parte, aspectos prácticos del diseño, como la implementación presencial, podrían limitar la participación de cuidadores con restricciones de tiempo, movilidad o carga familiar elevada. Esta limitación sugiere la necesidad de explorar adaptaciones a formatos online o híbridos, que permitan una mayor flexibilidad y accesibilidad sin comprometer la calidad de la

intervención. Además, el programa se centró en los/as progenitores principales, dejando fuera la posible participación de otros/as cuidadores o miembros de la familia que podrían influir en la dinámica del duelo y en el efecto de la intervención.

Finalmente, otro aspecto a considerar es que la intervención, al estar enfocada en un contexto clínico específico, no aborda de forma integral otros factores psicosociales que podrían impactar en el duelo anticipado, como condiciones socioeconómicas, diferencias culturales, disponibilidad de servicios de apoyo y experiencias previas de pérdida.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, el presente trabajo presenta varias fortalezas relevantes. La intervención permite trabajar sobre varias dimensiones del duelo anticipado, facilitando la expresión emocional, la reinterpretación de la experiencia y el fortalecimiento de recursos personales. Su aplicación en un contexto clínico real, diseñada específicamente para progenitores de hijos/as con leucemia linfoblástica aguda, asegura su aplicabilidad y adaptación a las necesidades reales de los/as participantes. Además, el uso de instrumentos validados permite evaluar de manera exhaustiva el bienestar psicológico de los/as cuidadores y determinar la efectividad de la intervención.

El programa también presenta un alto potencial de replicabilidad y adaptación a otros contextos clínicos o enfermedades graves, e incorpora un componente psicoeducativo que fortalece estrategias de afrontamiento y resiliencia, produciendo efectos a largo plazo para los/as integrantes y su entorno familiar. Finalmente, su aplicación puede disminuir el aislamiento emocional y fomentar redes de apoyo mutuo entre los/as progenitores, fortaleciendo así el apoyo social y afectivo dentro del grupo (Concepción, 2025; Davis et al., 1992).

Como recomendaciones futuras, sería conveniente avanzar hacia modelos de intervención más personalizados, incorporando evaluaciones iniciales que permitan adaptar la intensidad y el enfoque terapéutico al perfil psicológico de cada cuidador/a. La identificación de variables

como el estilo de apego, el nivel de flexibilidad cognitiva o la presencia de estrategias de evitación emocional podría facilitar intervenciones más ajustadas y eficaces.

Asimismo, sería útil evaluar cómo varía el efecto de la intervención según el momento del proceso oncológico del/de la menor (fase de diagnóstico, tratamiento activo, recaída o remisión). El duelo anticipado no es estático, sino que evoluciona en función de la evolución médica y de la percepción de amenaza, por lo que comprender estas variaciones permitiría diseñar módulos específicos adaptados a cada etapa clínica.

Desde una perspectiva metodológica, sería recomendable replicar la intervención en muestras más amplias y representativas, incluyendo progenitores de diferentes hospitales y contextos socioeconómicos, así como explorar su aplicación en otros grupos de pacientes pediátricos con enfermedades graves. Realizar investigaciones en múltiples centros y contextos clínicos diversos permitiría evaluar la validez externa de los resultados, analizar la influencia de variables contextuales y organizativas, y comprender mejor las necesidades específicas de cada población, fortaleciendo la evidencia del modelo y facilitando el diseño de intervenciones adaptables a distintos escenarios.

También se podría profundizar en el análisis de los mecanismos específicos de cambio que explican la eficacia de la intervención. En concreto, resultaría de interés explorar qué componentes, como podrían ser la arteterapia, reestructuración cognitiva, trabajo grupal o psicoeducación, generan mayor impacto en la regulación emocional y en la elaboración del duelo anticipado. Esto contribuiría a mejorar la efectividad del programa, ajustando la intensidad y duración de cada módulo según su contribución terapéutica.

Otra línea de investigación relevante sería examinar variables moderadoras, como el momento evolutivo del proceso oncológico, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico o las diferencias individuales en estilos de afrontamiento. Esto facilitaría identificar perfiles de

mayor vulnerabilidad o mayor beneficio terapéutico, contribuyendo a un diseño más personalizado de las intervenciones.

Finalmente, sería también interesante desarrollar versiones preventivas o de intervención temprana que puedan implementarse poco después del diagnóstico, con el objetivo de fortalecer recursos emocionales antes de que el malestar se vuelva persistente. La creación de guías estructuradas o manuales de aplicación facilitaría su replicabilidad y estandarización en distintos centros sanitarios.

En general, este trabajo evidencia la relevancia de intervenciones tempranas, estructuradas y adaptadas al contexto familiar, capaces de ofrecer un acompañamiento emocional adecuado a los/as cuidadores frente al duelo anticipado. La propuesta facilita no solo al bienestar psicológico de los/as progenitores, sino también al fortalecimiento del entorno familiar, favoreciendo la resiliencia y la capacidad de afrontar la enfermedad de forma más saludable.

Referencias

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107.
- Amado, J., & Oscanoa, T. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*, 20(3). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.11>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
- Aponte-Daza, V. C., Valdivia, F. P., Tapia, B. P., & Garcia, F. (2022). Duelo anticipado y afrontamiento al estrés en cuidadores informales de personas de la tercera edad. *Libera-bit. Revista Peruana de Psicología*, 28(2), 621. <https://doi.org/10.24265/libera-bit.2022.v28n2.621>

- Arévalo-Mogollón, R. L., Guevara, R., & Távora, M. (2014). Adaptación al duelo anticipado de padres de escolares con Leucemia Linfoblástica Aguda. *AC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, *1*(1), 45–56. <https://doi.org/10.35383/cietna.v1i1.160>
- Azizi, M., Heshmatnia, F., Milani, H., Shahhosseini, Z., Marvdashti, L. M., & Moghadam, Z. B. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Anxiety Symptoms in Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review of Interventional Studies. *Brain And Behavior*, *14*(10). <https://doi.org/10.1002/brb3.70098>
- Barak-Levy, Y., & Paryente, B. (2023). Diving into the Resolution Process: Parent's Reactions to Child's Diagnosis. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *20*(4), 3295. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043295>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II* [Conjunto de datos]. En PsycTESTS Dataset. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Blazin, L., Cecchini, C., Habashy, C., Kaye, E., & Baker, J. (2018). Communicating Effectively in Pediatric Cancer Care: Translating Evidence into Practice. *Children*, *5*(3), 40. <https://doi.org/10.3390/children5030040>
- Bilsen, J., Norup, M., Deliens, L., Miccinesi, G., Van Der Wal, G., Löfmark, R., Faisst, K., & Van Der Heide, A. (2006). Drugs Used to Alleviate Symptoms with Life Shortening as a Possible Side Effect: End-of-Life Care in Six European Countries. *Journal Of Pain And Symptom Management*, *31*(2), 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.005>
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G., & Van Laarhoven, H. W. M. (2020). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care In Cancer*, *29*(5). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>

- Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Garner, R. E., Miller, A. R., Lach, L. M., Klassen, A. F., & Rosenbaum, P. L. (2009). Health among caregivers of children with health problems: findings from a Canadian population-based study. *American journal of public health*, 99(7), 1254–1262. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129817>
- Brouwer, M. A., Maeckelberghe, E. L. M., Van Der Heide, A., Hein, I. M., & Verhagen, E. A. A. E. (2021). Breaking bad news: What parents would like you to know. *Archives of Disease in Childhood*, 106(3), 276–281. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318398>
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G., & Van Laarhoven, H. W. M. (2020). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care In Cancer*, 29(5). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos, N. (1982). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI): Adaptación española*. TEA Ediciones.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Lieber, A. S., Blood, C., & Goldman, R. (2019). The Long Road to Farewell: The Needs of Families With Dying Children. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, 78(4), 404-420. <https://doi.org/10.1177/0030222817697418>
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Ravenio books.
- Cañizares, J. M. M., & Carbonero, C. C. (2017). *Crecimiento y desarrollo del niño* (Vol. 3). Wanceulen Editorial.
- Catalá-López, F., García-Altés, A., Álvarez-Martín, E., Gènova-Maleras, R., Morant-Ginestar, C., & Arana, E. (2011). Evaluación económica de intervenciones en enfermedades oncológicas en España: revisión sistemática y análisis comparativo. *Farmacia Hospitalaria*, 36(3), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2011.02.011>

- Clínica Universidad de Navarra (2016). *La llegada de un niño enfermo a la familia*.
<https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/mente-salud/llegada-nino-enfermofamilia>
- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Lam, P., & Geller, J. (2021). Parental experiences with their child's eating disorder treatment journey. *Journal Of Eating Disorders*, 9(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00449-x>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 8(1), 455-480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
- Concepción, F. R. (2025). *Beneficios de la terapia grupal en el proceso de duelo de familiares de niños con cáncer*. Universidad de Oviedo. <https://hdl.handle.net/10651/79311>
- Crespo, M., Guillén, A. I., & Piccini, A. T. (2019). Work Experience and Emotional State in Caregivers of Elderly Relatives. *The Spanish Journal Of Psychology*, 22.
<https://doi.org/10.1017/sjp.2019.34>
- Davis, J. M., Hoshiko, B. R., Jones, S., & Gosnell, D. (1992). The effect of a support group on grieving individuals' levels of perceived support and stress. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 6(1), 35-39. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90052-k](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90052-k)
- Del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* (BOE-A-2018-16673).
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

- García, J., Petralanda, V. L., Manzano, M. T., & Inda, I. G. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)78779-3](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)78779-3)
- García, S., Farías, G., Machado, K., & Gutiérrez, S. (2025). Enfermedades oncológicas en niños y adolescentes hospitalizados en cuidados moderados pediátricos de una institución privada de salud. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 96(1). <https://doi.org/10.31134/ap.96.8>
- García, A. M., Rodríguez Álvaro, M., Ruymán Brito Brito, P. R., Fernández Gutiérrez, D. A., Martínez Alberto, C. E., & Marrero González, C. M. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Ene Revista de Enfermería*, 15(1). <http://ene-enfermeria.org>
- Gerard, A. B. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI): Professional manual*. Psychological Assessment Resources
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2003). 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. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Guillén, J. A. (2019). *Resiliencia y fases del cáncer en adolescentes con tratamiento oncológico en Lima*. <https://doi.org/10.19083/tesis/626299>
- Gupta, N. D., Kleinjans, K. J., & Larsen, M. (2015). The effect of a severe health shock on work behavior: Evidence from different health care regimes. *Social Science & Medicine*, 136-137, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.008>
- Inhestern, L., Haller, A., Wlodarczyk, O., & Bergelt, C. (2016). Psychosocial Interventions for Families with Parental Cancer and Barriers and Facilitators to Implementation and

Use – A Systematic Review. *PLoS ONE*, 11(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156967>

- Juárez-López, M. L. A., Solano-Silva, M. N., Fragoso-Ríos, R., & Murrieta-Pruneda, F. (2018). Alteraciones bucodentales en niños con leucemia linfoblástica aguda bajo tratamiento con quimioterapia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(2), 132-135.
- Kazdin, A. E. (2021). *Research Design in Clinical Psychology*. En Cambridge University Press eBooks. <https://doi.org/10.1017/9781108993647>
- Kazak, A. E. (2004). Evidence-Based Interventions for Survivors of Childhood Cancer and Their Families. *Journal Of Pediatric Psychology*, 30(1), 29-39. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi013>
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2005). An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal Of Pediatric Psychology*, 31(4), 343-355. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj054>
- Kohlsdorf, M., & Costa, Á. L., Junior. (2012). Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(51), 119-129. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2012000100014>
- Kochen, E. M., Teunissen, S. C., Boelen, P. A., Jenken, F., De Jonge, R. R., Grootenhuis, M. A. & Kars, M. C. (2021). Challenges in Preloss Care to Parents Facing Their Child's End-of-Life: A Qualitative Study From the Clinicians Perspective. *Academic Pediatrics*, 22(6), 910-917. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.08.015>
- Lappalainen, P., Pakkala, I., Strömmer, J., Sairanen, E., Kaipainen, K., & Lappalainen, R. (2021). Supporting parents of children with chronic conditions: A randomized controlled trial of web-based and self-help ACT interventions. *Internet Interventions*, 24, 100382. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100382>

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Law, E., Fisher, E., Eccleston, C., & Palermo, T. M. (2019). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009660.pub4>
- Li, J., Sun, D., Zhang, X., Zhao, L., Zhang, Y., Wang, H., Ni, N. & Jiang, G. (2022). The relationship between anticipatory grief and illness uncertainty among Chinese family caregivers of patients with advanced lung cancer: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00925-4>
- Maldonado, J. A. A., Lucero, G. L. A., Andrade, J. N. R., & Ramos, D. C. G. (2023). Calidad de vida de padres de hijos con enfermedades oncológicas. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 7(15), 87-99. <https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070109>
- Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2011). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology*, 21(8), 886-895. <https://doi.org/10.1002/pon.1982>
- Mullins, H. M., Cortina, J. M., Drake, C. L., & Dalal, R. S. (2014). Sleepiness at work: A review and framework of how the physiology of sleepiness impacts the workplace. *Journal Of Applied Psychology*, 99(6), 1096-1112. <https://doi.org/10.1037/a0037885>
- Nayeri, N. D., Roddehghan, Z., Mahmoodi, F., & Mahmoodi, P. (2021). Being parent of a child with congenital heart disease, what does it mean? A qualitative research. *BMC Psychology*, 9(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00539-0>
- Neimeyer, R. A. (2015). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. Routledge.
- Nelson, K., Lukawiecki, J., Waitschies, K., Jackson, E., & Zivot, C. (2024). Exploring the impacts of an art and narrative therapy program on participants' grief and

bereavement experiences. *Omega*, 90(2), 726–745.

<https://doi.org/10.1177/00302228221111726>

- Ochoa, B. & Lizasoain, O. (2003). Repercusiones familiares originadas por la enfermedad y la hospitalización pediátrica (Family repercussions originated by disease and paediatric hospitalisation). *Eusko Ikaskuntza*. 5, 87–99. <https://share.google/NqeWMjtt2py9PF2sA>
- Ratnasekera, N., Perera, I., Arachchige, P. K., & Jayasekara, P. (2023). Initiation of distress screening in oral cancer clinics in Sri Lanka. *Psycho-Oncology*, 32(7), 1013-1021. <https://doi.org/10.1002/pon.6098>
- Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.
- Rodríguez-Agudelo, Y., Mondragón-Maya, A., Paz-Rodríguez, F., Chávez-Oliveros, M., & Solís-Vivanco, R. (2010). Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Arch Neurocién*, 15(1), 25-30.
- Rolland, J. S. (2018). *Helping couples and families navigate illness and disability: An integrated approach*. Guilford Publications.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model (3rd ed.)*. Pearson Education.
- Sarantez, A. K. M., Castillo, D. L. T., Mendoza, S. M. G., & Zúniga, F. S. (2018). *Experiencias de duelo anticipado en familiares de pacientes con enfermedad oncológica en etapa terminal*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7875245>
- Schaefer, M. R., Kenney, A. E., Himelhoch, A. C., Howard Sharp, K. M., Humphrey, L., Olshefski, R., Young-Saleme, T. & Gerhardt, C. A. (2021). A quest for meaning: A qualitative exploration among children with advanced cancer and their parents. *Psychooncology*, 30(4), 546–553. <https://doi.org/10.1002/pon.5601>

- Serna, J. A. J. (2020). Intervenciones psicológicas basadas en el arte para acompañar procesos de duelo: un estado del arte. *Arteterapia Papeles de Arteterapia y Educación Artística Para la Inclusión Social*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.5209/arte.64538>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of Complicated Grief. *JAMA*, 293(21), 2601. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Steele, R. G. (2002). Experiences of families in which a child has a prolonged terminal illness: modifying factors. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(9).
- Stamm, B. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale*.
- Tan, A. J. N., Tiew, L. H., & Shorey, S. (2021). Experiences and needs of parents of palliative paediatric oncology patients: A meta-synthesis. *European Journal of Cancer Care*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.13388>
- Tatiana, H. G., Miguel Angel, A. G., Yurisbel Tomás, S. Á., & Ana Lucía, M. H. (2021). *La muerte y los niños con enfermedades oncológicas. una mirada desde la bioética*. <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/266/202>
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. “., Thewes, B., Simard, S., & Zachariae, R. (2019). Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Of Clinical Oncology*, 37(31), 2899-2915. <https://doi.org/10.1200/jco.19.00572>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence». *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tizón, J. L. (2021). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.

- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Toyama, H., & Honda, A. (2016). Using Narrative Approach for Anticipatory Grief Among Family Caregivers at Home. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. <https://doi.org/10.1177/2333393616682549>
- Torres Egea, M., Ballesteros Pérez, E., & Sánchez Castillo, P. D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002
- Traczyk, J., Lenda, D., Serek, J., Fulawka, K., Tomczak, P., Strzyk, K., Polec, A., Zjawiony, P., & Sobkow, A. (2018). Does Fear Increase Search Effort in More Numerate People? An Experimental Study Investigating Information Acquisition in a Decision From Experience Task. *Frontiers In Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01203>
- Sánchez, T. V., Llano, D. G., & Guerrero, E. S. Q. (2018). Adaptación al duelo anticipado de padres de escolares con Leucemia Linfoblástica Aguda. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. *ACC CIETNA Revista de la Escuela de Enfermería*, 1(1), 16-22. <https://doi.org/10.35383/cietna.v1i1.160>
- Scholten, L., Willemen, A. M., Last, B. F., Maurice-Stam, H., Van Dijk, E. M., Ensink, E., Zandbelt, N., Van Der Hoop-Mooij, A., Schuengel, C., & Grootenhuis, M. A. (2013). Efficacy of Psychosocial Group Intervention for Children With Chronic Illness and Their Parents. *PEDIATRICS*, 131(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2222>
- Sweeney, M. M., Levy, S., Jean-Denis, A., Zeltzer, L., & Van Dyk, T. R. (2025). Supporting Parents of Youth with Chronic Pain: A Mixed Methods Evaluation of a Supportive

- Educational Intervention. *Children*, 13(1), 63. <https://doi.org/10.3390/children13010063>
- Urrutia, S., & Obando, I. M. (1993). Crisis familiares ante las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central en niños. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Costa Rica*, 189–198.
- Wanden-Berghe, R. G., & Sanz-Valero, J. (2021). Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad: revisión sistemática. *Hospital A Domicilio*, 5(1), 43. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i1.126>
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-Based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers In Psychiatry*, 11, 525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>
- Wiener, L., Tager, J., Mack, J., Battles, H., Bedoya, S. Z., & Gerhardt, C. A. (2020). Helping parents prepare for their child's end of life: A retrospective survey of cancer-bereaved parents. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(2). <https://doi.org/10.1002/pbc.27993>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*.
- Zalaquett, P., & Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista médica Clínica Las Condes*, 28(6), 835–840. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.11.008>

Declaraciones sobre el Uso de Herramientas de Inteligencia Artificial

La autora declara que ha utilizado herramientas de inteligencia artificial generativa de manera complementaria y responsable durante la elaboración del presente trabajo de fin de grado. En concreto, se empleó ChatGPT (OpenAI) como apoyo en la generación de ideas iniciales y la organización de contenidos con el objetivo de mejorar la claridad y coherencia del texto. En ningún caso estas herramientas sustituyeron el análisis crítico, la interpretación académica ni la autoría del contenido. La responsabilidad íntegra del desarrollo, contenido científico y redacción final del trabajo recae exclusivamente en la autora.

Apéndices

Apéndice A. Folleto informativo

Si estas leyendo esto ya es hora de empezar a cuidarte

ProgramaDuelo26
Programa para cuidadores/as
Es tiempo para sanarte

!Lo que brindamos!
Un programa de duelo anticipado para cuidadores con niños/as con cáncer de piel

¿QUE TRABAJAREMOS?

- DEPRESION
- PSICOSIS
- COMPRESION
- ALTERACIONES COGNITIVAS
- IDEACIÓN SUICIDA
- EMOCIONES NEGATIVAS

¡De que modo!
Trabajamos de forma conjunta, creando espacios de apoyo, intercambiando vivencias, canalizaremos emociones, desarrollaremos actividades, adquiriremos conocimientos...

Impartido por un Psicólogo/a General Sanitario

Illustration of two people sitting in chairs and talking.

Nota. Elaboración propia

Apéndice B. Formulario de inscripción al programa de duelo anticipado para cuidadores/as con niños/as con leucemia linfoblástica aguda

Inscripción

Formulario de inscripción al ProgramaDuelo26

* Indica que la pregunta es obligatoria

Nombre y Apellidos *

Tu respuesta

Correo electrónico *

Tu respuesta

Documento de identidad / DNI / NIE / PASAPORTE *

Tu respuesta _____

Número de teléfono *

Tu respuesta _____

Experiencia previa relacionada con el programa: *

Ninguna

Algo de experiencia

Mucha experiencia

Otro: _____

¿Tienes algún hijo/a con leucemia linfoblástica aguda? *

Sí

No

¿Su hijo/a tiene entre 3 y 12 años? *

Sí

No

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

¿Como se enteró del programa? *

- Redes Sociales
- Recomendacion de amigos/familia
- Publicidad (cartel, web, etc.)
- Otro: _____

¿Desea añadir alguna información relevante que no hayamos solicitado?

Tu respuesta _____

Nota. Elaboración propia

Apéndice C. Consentimiento informado, política de protección de datos

Programa Duelo26

1º DATOS DEL/LA TUTOR/A LEGAL (CUIDADOR/A)

- Nombre y apellidos: _____
- DNI / NIE / PASAPORTE: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Dirección: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____

2º DATOS DEL/LA MENOR

- Nombre y apellidos: _____
- Fecha de nacimiento: _____

3º CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he recibido información clara sobre el programa psicológico en el que participaré como tutor/a del menor. Entiendo que se trata de acompañamiento emocional y no reemplaza un tratamiento médico.

Mi participación es voluntaria, puedo hacer preguntas y puedo abandonar el programa en cualquier momento sin repercusiones ninguna.

Con mi firma doy consentimiento informado para participar bajo esos términos.

Si, doy mi consentimiento

No, doy mi consentimiento

4º PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos del/la menor y del Tutor/a se tratarán confidencialmente y sólo para fines del programa. No se ceden a terceros sin consentimiento, salvo obligación legal, La persona firmante puede ejercer sus derechos sobre los datos contactando a la entidad responsable

Acepto el tratamiento de los datos personales conforme a lo descrito

6º FIRMA DEL/LA TUTOR/A LEGAL

➤ Lugar y fecha: _____

➤ Firma: _____

7º FIRMA DEL PSICOLOGO/A RESPONSABLE

➤ Nombre y apellidos: _____

➤ Número de colegiado: _____

➤ Firma: _____

Nota. Elaboración propia

Apéndice D. Política de asistencias

5º POLÍTICA DE ASISTENCIA

La asistencia regular es esencial para el aprovechamiento del programa y el buen funcionamiento del grupo. Se permite faltar a un máximo de tres sesiones, superarlas puede implicar la pérdida del derecho a continuar, salvo excepción del equipo profesional. Esta norma busca promover el compromiso, el respeto y la eficiencia del programa.

He leído y acepto la política de asistencia

6º FIRMA DEL/LA TUTOR/A LEGAL

➤ Lugar y fecha: _____

➤ Firma: _____

7º FIRMA DEL PSICOLOGO/A RESPONSABLE

➤ Nombre y apellidos: _____

➤ Número de colegiado: _____

➤ Firma: _____

Nota. Elaboración propia

Apéndice E. Cambios percibidos por los/as participantes

Cambios Percibidos

Formulario de cambios percibidos del ProgramaDuelo26 (puede utilizar un seudónimo o combinación de las letras de sus iniciales. No es necesario indicar su nombre real).

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

Código de participante (alias) *

Tu respuesta

Tiempo participado en la actividad/programa *

Tu respuesta

Antes de participar, ¿cómo describiría su situación o experiencia relacionada con *
el programa?

Tu respuesta _____

¿Qué expectativas tenía al inicio? *

Tu respuesta _____

¿Ha notado algún cambio emocional, conductual, social, físico...? *

Tu respuesta _____

Por favor, escriba un ejemplo concreto de algún cambio que haya experimentado

Tu respuesta _____

¿Qué cree que ha contribuido a esos cambios? (Puede seleccionar más de una) *

- Experiencias personales
- Apoyo de otras personas
- Actividades relacionadas
- Entorno o contexto
- Otro: _____

Si pudiera resumir en pocas palabras la manera en que su vida ha cambiado, *
¿qué diría?

Tu respuesta

¿Hay algo más que le gustaría añadir sobre su experiencia o los cambios que ha vivido?

Tu respuesta

Nota. Elaboración propia

Apéndice F. Encuesta de satisfacción

Formulario de satisfacción

Formulario de satisfacción del ProgramaDuelo26 (puede utilizar un seudónimo o combinación de las letras de sus iniciales. No es necesario indicar su nombre real).

* Indica que la pregunta es obligatoria

Código de participante (alias) *

Tu respuesta

Indique el nivel de satisfacción de los siguientes aspectos: (Calidad del programa) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy Insatisfecho Muy satisfecho

Indique el nivel de satisfacción de los siguientes aspectos: (Relevancia del contenido) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy Insatisfecho Muy satisfecho

Indique el nivel de satisfacción de los siguientes aspectos: (Organización y planificación) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy Insatisfecho Muy satisfecho

Indique el nivel de satisfacción de los siguientes aspectos: (Recursos y materiales proporcionados) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy Insatisfecho Muy satisfecho

Indique el nivel de satisfacción de los siguientes aspectos: (Atención y apoyo personal) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy Insatisfecho Muy satisfecho

Indique el nivel de satisfacción de los siguientes aspectos: (Beneficio percibido en la actividad) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy Insatisfecho Muy satisfecho

¿Qué aspecto del programa le gustó más? *

Tu respuesta _____

¿Recomendaría este programa a otras personas? *

- Sí
- No
- Tal vez

Si respondió en la anterior pregunta "No" o "Tal vez", por favor indique porque:

Tu respuesta _____

¿Desea añadir algún comentario adicional sobre su experiencia o satisfacción?

Tu respuesta _____

Nota. Elaboración propia

Apéndice G. Folleto informativo completo del programa.

Programa de Duelo Anticipado
Para Progenitores con Hijos/as con Leucemia Linfoblástica Aguda

Horario y Duración
 90 minutos por sesión

Duración del Programa
 Aproximadamente 9 meses

Módulo y Sesiones del Programa de Intervención

Fase 1. Evaluación Pretratamiento y entrega de documentación. Individual

Sesión 1.	Entrevista inicial y entrega de documentos
Sesión 2.	Aplicación de instrumentos I
Sesión 3.	Aplicación de instrumentos II

Fase 2. Contenido del programa. Grupal

Sesión 1.	Introducción y presentación
Sesión 2.	Psicoeducación sobre el duelo anticipado
Sesión 3.	Emociones
Sesión 4.	Técnicas de relajación
Sesión 5.	Reflexión sobre la muerte
Sesión 6.	Apoyo y vínculos sanos
Sesión 7.	Emociones
Sesión 8.	Expresión a través del arte
Sesión 9.	Terapia narrativa
Sesión 10.	Autocuidado

Sesión 11.	Culpa, miedo e incertidumbre
Sesión 12.	Redes de apoyo
Sesión 13.	Adaptación a cambios futuros
Sesión 14.	Reflexión y cierre
Fase 3. Evaluación Post tratamiento. Individual	
Sesión 1.	Entrevista semiestructurada
Sesión 2.	Evaluación I
Sesión 3.	Evaluación II
Sesión 4.	Evaluación III y encuesta de satisfacción
Fase 4. Seguimiento. Individual	
Sesión 1.	Evaluación 3 meses
Sesión 2.	Evaluación 6 meses
Sesión 3.	Evaluación 9 meses

Nota. Elaboración propia

Apéndice H. Tarjetas visuales sobre las emociones principales, incluyendo su función y duración.



Nota. Elaborado con ayuda de la inteligencia artificial

Apéndice I. Ficha con representaciones emocionales



Nota. Elaboración propia

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

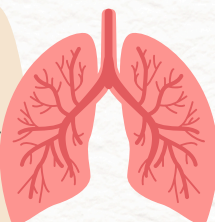
Apéndice J. Ejercicios impresos de respiración

TÉCNICAS PARA MANEJAR LA ANSIEDAD

Técnicas de relajación

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Respira despacio y profundamente, concentrándote en tu respiración. Inhala por la nariz y exhala por la boca.



MEDITACIÓN

Sientate en un lugar tranquilo, cierra los ojos y enfócate en el momento presente. Usa música suave o de relajación.



VISUALIZA UN LUGAR TRANQUILO

Imagina un lugar que te haga sentir calma, como una playa o un bosque. Visualiza los sonidos, olores y sensaciones del lugar. Puedes poner música para ayudarte a visualizarlo mejor.



DESCONEXIÓN DIGITAL MOMENTÁNEA

Alejarse de pantallas por unos minutos reduce la sobrecarga mental.



La ansiedad no desaparecerá sola, pero puedes aprender a controlarlo.
¡Empieza ahora y nota la diferencia!

Nota. Elaboración propia

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Apéndice K. Reflexión guiada sobre la muerte.

REFLEXION GUIADA SOBRE LA MUERTE

PREGUNTAS ABIERTAS

• PREGUNTAS COMO:

¿QUÉ SIGNIFICA PARA TI LA MUERTE?
¿COMO TE HACE SENTIR HABLAR DEL
TEMA?

¿QUÉ CREENCIAS O PENSAMIENTOS
TIENES SOBRE LO QUE SUCEDE DESPUES
DE MORIR?



DINAMICAS GRUPALES

• ACTIVIDADES EN GRUPO:

COMPARTIR RECUERDOS IMPORTANTES

JUEGOS DE TARJETAS DONDE EXPRESAS
CADA UNO DE TUS PENSAMIENTOS SOBRE
LA MUERTE



EJERCICIOS INDIVIDUALES DE ESCRITURA

• ESCRIBIR SOBRE:

SENTIMIENTOS QUE TIENES ACERCA DE
LA MUERTE

CREENCIAS Y RECUERDOS
RELACIONADOS CON LA MUERTE



COMPARTIR EXPERIENCIAS

• INTERCAMBIO EN GRUPO:

COMPARTIR EXPERIENCIAS PERSONALES
SOBRE PÉRDIDAS

DISCUTIR CAMBIOS EN CREENCIAS Y
PERSPECTIVA CON RESPECTO A LA
MUERTE



Nota. Elaboración propia

Apéndice L. Ejercicios prácticos de comunicación, empatía y cooperación.

1. Historias encadenadas

Objetivo: Mejorar la comunicación y la escucha activa.

Cómo se hace:

Todos se sientan en círculo.

Una persona empieza contando el inicio de una historia (2-3 frases).

Cada miembro del círculo añade una frase más, continuando la historia.

Se debe escuchar atentamente para que la historia tenga sentido.

Opcional: Después, se puede dibujar la historia completa en un papel, fomentando la creatividad y cooperación.

2. El espejo

Objetivo: Fomentar la empatía y conexión emocional.

Cómo se hace:

Se forman parejas.

Una persona hace movimientos lentos con manos, cuerpo o cara, y la otra persona los “refleja” como un espejo.

Cambian de roles después de 1-2 minutos.

Este ejercicio te va a ayudar a ponerte en el lugar de otra persona y a sincronizarte emocionalmente.

3. Construyamos juntos

Objetivo: Desarrollar cooperación y comunicación clara.

Cómo se hace:

Elijan un proyecto simple: construir una torre de bloques, una maqueta con cartón o una figura con legos.

Una persona da instrucciones y los/as demás las siguen sin tocar los materiales.

Cambian de rol para que todos experimenten dar y recibir instrucciones.

Este ejercicio te va a enseñar a comunicarte de forma clara y a trabajar juntos/as hacia un objetivo común.

4. El sentimiento secreto

Objetivo: Practicar la empatía y la expresión emocional.

Cómo se hace:

Cada miembro de la familia piensa en un sentimiento que haya sentido recientemente (alegría, miedo, enfado, frustración, tristeza...).

Sin decir el sentimiento, lo representa con gestos o palabras durante 30 segundos.

Los/as demás intentan adivinar el sentimiento y luego se debate sobre cómo se puede relacionar con situaciones de la vida diaria.

Este ejercicio te va a ayudar a reconocer emociones propias y ajenas.

5. Mapa familiar

Objetivo: Mejorar la cooperación y la comunicación.

Cómo se hace:

Se dibuja un gran mapa de la casa (o del barrio) en un papel.

Cada miembro de la familia agrega lugares importantes para ellos/as (su rincón favorito, un objeto especial, etc.) y explica por qué.

Luego, juntos/as inventan una “aventura familiar” usando esos lugares.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Este ejercicio va a fortalecer la conexión familiar y el entendimiento de los intereses y sentimientos de cada persona.

Nota. Elaboración propia

Apéndice M. El círculo de control

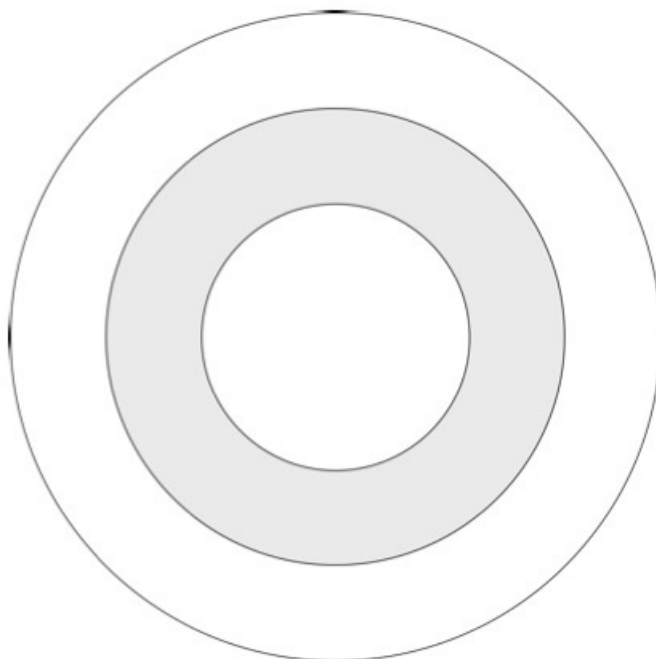
Hoja de Trabajo del Círculo de Control

Nombre: _____ Fecha: _____

Otra información relevante (si es necesario):

Guía

- . Círculo de control/círculo más interno: Lo que puedes controlar
- . Círculo de influencia/círculo medio: Lo que puedes influir
- . Círculo de preocupación/círculo más externo: Lo que no puedes controlar/influir



Notas adicionales

Nota. Elaboración con ayuda de la Inteligencia Artificial