

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“MODELO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON CÁNCER: UNA PROPUESTA TEÓRICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y EL CONSENSO DE EXPERTOS”

Autor: Hernández Anguiano Estrella Amayrani

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

**Nombre del asesor:
Guzmán López Gabriela**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

“Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

TESIS.

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

**PRESENTA:
ESTRELLA AMAYRANI HERNÁNDEZ ANGUIANO.**

**ASESOR DE TESIS.
MTRA. GABRIELA GUZMÁN LÓPEZ.**

**CLAVE: 16PSU0004J.
ACUERDO: LIC190710.**

MORELIA, MICHOACÁN. ENERO DE 2026.

Dedicatoria

A mi familia, específicamente mi madre, mi padre y mi hermana.

Agradecimientos

A mi padre, mi mayor ejemplo de amor, sabiduría y alegría. Gracias por cada abrazo que me dio fuerza para seguir adelante; por enseñarme a ver la vida con optimismo, por motivarme a no rendirme y por demostrarme que el verdadero éxito radica en ser feliz y hacer lo que amamos junto a las personas que queremos. Esta meta alcanzada no sería posible sin tu amor y apoyo incondicional y, por tu capacidad para hacerme sonreír. Por ello y más te agradezco.

A mi madre, la mujer más trabajadora, valiente y dedicada que conozco. Tu dedicación es para mí un ejemplo de perseverancia y amor. Gracias por cada desvelo a mi lado, gracias a tu aprendí a esforzarme, a mantenerme firme ante las adversidades y a luchar por mis sueños.

A mi hermana mayor, mi amiga. Tu empatía y capacidad de soñar en grande me han inspirado. Gracias por mostrarme el valor del trabajo duro, por ser mi apoyo en cada paso de mi camino y por recordarme que siempre es válido soñar, y luchar por hacer esos sueños realidad. A mi familia, porque ellos son mi inspiración, mi mayor fortaleza y una parte fundamental en mi vida.

A mi asesora de tesis, Mtra. Gabriela Guzmán López, mi mayor agradecimiento. Ya que su guía, paciencia y dedicación han sido fundamentales para la realización de mi proyecto. Ha sido un honor haber contado con su acompañamiento en este camino.

Índice

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | 10 |
| Abstract..... | 11 |
| Introducción | 12 |
| Antecedentes | 14 |
| Justificación..... | 20 |
| Objetivos | 23 |
| Objetivo General..... | 23 |
| Objetivos Específicos | 23 |
| Planteamiento de la Investigación..... | 24 |
| Pregunta de la Investigación | 25 |
| Hipótesis..... | 25 |
| Ejes Temáticos | 26 |
| El Cáncer | 26 |
| Calidad de Vida | 26 |
| Calidad de Vida en Pacientes Infantojuveniles con Cáncer | 27 |
| Delimitación | 29 |
| Capítulo 1. Marco teórico..... | 30 |
| 1.1 El Cáncer Infantil Desde la Perspectiva Médica | 30 |
| 1.1.1 Epidemiología | 30 |
| 1.1.2 Etiología | 32 |

| | | |
|-------|--|----|
| 1.1.3 | Diagnóstico..... | 34 |
| 1.1.4 | Definición..... | 36 |
| 1.1.5 | Tipos de Cáncer Infantojuvenil | 37 |
| 1.2 | Calidad de Vida en Niños..... | 46 |
| 1.2.1 | Definiciones Conceptuales de Calidad de Vida | 46 |
| 1.2.2 | Instrumentos de Evaluación de Calidad de Vida | 47 |
| 1.2.3 | Factores que Influyen en la Calidad de Vida | 53 |
| 1.3 | Psicooncología Pediátrica | 56 |
| 1.3.1 | Historia de la Psicooncología..... | 56 |
| 1.3.2 | Definición..... | 57 |
| 1.3.3 | Importancia de la Intervención Psicooncológica | 57 |
| 1.3.4 | Competencias Profesionales del Psicooncólogo | 58 |
| 1.3.5 | Intervención del Psicólogo Oncológico en la Enfermedad Oncológica..... | 60 |
| 1.4 | Modelos de Atención Psicológica | 64 |
| 1.4.1 | Modelo Biopsicosocial..... | 66 |
| 1.4.2 | Modelo Humanista | 67 |
| 1.4.3 | Modelo Ecológico | 68 |
| 1.4.4 | Modelo de Atención Paliativa Pediátrica | 69 |
| 1.4.5 | Modelo de Intervención Breve Focalizada..... | 70 |
| 1.4.6 | Modelos de Intervención en Crisis..... | 71 |

| | |
|--|----|
| 1.5 Enfoques Psicológicos en Oncología Pediátrica | 72 |
| 1.5.1 Enfoque Cognitivo-Conductual..... | 74 |
| 1.5.2 Enfoque Psicodinámico o Psicoanalítico | 75 |
| 1.5.3 Enfoque Humanista Existencial | 76 |
| 1.5.4 Enfoque Sistémico-Familiar..... | 78 |
| 1.5.5 Enfoque Transpersonal..... | 79 |
| 1.6 Técnicas Psicológicas Aplicadas en Oncología Infantojuvenil..... | 80 |
| 1.6.1 Terapia de Juego..... | 82 |
| 1.6.2 Reestructuración Cognitiva | 83 |
| 1.6.3 Desensibilización Sistemática | 84 |
| 1.6.4 Técnicas de Relajación y Respiración..... | 86 |
| 1.6.5 Role Playing o Juego de Roles | 87 |
| 1.6.6 Arteterapia | 88 |
| 1.6.7 Terapia Narrativa..... | 89 |
| 1.6.8 Musicoterapia | 90 |
| Capítulo 2. Metodología..... | 91 |
| 2.1 Tipo de Investigación | 91 |
| 2.2 Diseño de la Investigación..... | 91 |
| 2.3 Alcance de la Investigación | 92 |
| 2.4 Universo-Muestra | 92 |

| | |
|--|-----|
| 2.4.1 Perfil de los Expertos | 93 |
| 2.5 Métodos de Investigación | 94 |
| 2.5.1 Consideraciones Éticas | 95 |
| Capítulo 3. Procedimiento..... | 96 |
| Capítulo 4. Resultados..... | 98 |
| Diseño de Propuesta de Intervención | 104 |
| Módulo 1: Evaluación Inicial | 104 |
| 1.1 Introducción | 104 |
| 1.2 Objetivos Específicos..... | 105 |
| 1.3 Técnicas y Estrategias Psicológicas..... | 105 |
| 1.4 Instrumentos de Evaluación..... | 107 |
| 1.5 Materiales y Recursos Didácticos | 108 |
| 1.6 Procedimiento General..... | 110 |
| 1.7 Evaluación y Seguimiento de Resultados | 111 |
| Módulo 2: Psicoeducación..... | 112 |
| 2.1 Introducción | 112 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 113 |
| 2.3 Temas a Abordar en la Psicoeducación | 113 |
| 2.4 Técnicas y Estrategias Psicológicas..... | 115 |
| 2.5 Instrumentos de Evaluación | 120 |
| 2.6 Materiales y Recursos Didácticos | 121 |

| | |
|--|-----|
| 2.7 Procedimiento General..... | 123 |
| 2.8 Evaluación y Seguimiento de Resultados | 124 |
| Módulo 3: Intervención con el Paciente Oncológico | 125 |
| 3.1 Introducción | 125 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 125 |
| 3.3 Instrumentos de Evaluación | 126 |
| 3.4 Procedimiento General..... | 127 |
| 3.5 Adaptación de la Intervención Psicológica Según las Fases de la Intervención. | 128 |
| 3.6 Evaluación y Seguimiento de Resultados | 139 |
| Módulo 4: Fortalecimiento Familiar (Padres, Cuidadores Primarios y Hermanos) | 139 |
| 4.1 Introducción | 139 |
| 4.2 Objetivos Específicos..... | 140 |
| 4.3 Estructura del Proceso de Intervención Familiar | 141 |
| 4.4 Intervención Familiar | 141 |
| 4.5 Intervención Según las Fases del Proceso Oncológico..... | 144 |
| 4.6 Instrumentos de Evaluación | 145 |
| 4.7 Materiales y Recursos Didácticos | 146 |
| 4.8 Procedimiento General..... | 146 |
| 4.9 Evaluación y Seguimiento de Resultados | 147 |
| Módulo 5: Cierre Terapéutico y Promoción de la Calidad de Vida | 148 |

| | |
|---|-----|
| 5.1 Introducción | 148 |
| 5.2 Objetivos Específicos..... | 149 |
| 5.3 Ejes Fundamentales | 149 |
| 5.4 Intervención General del Cierre Terapéutico..... | 150 |
| 5.5 Técnicas y Estrategias por Grupo Etario | 152 |
| 5.6 Materiales y Recursos de Apoyo | 155 |
| 5.7 Evaluación del Proceso de Cierre | 156 |
| 5.8 Seguimiento Post Intervención | 157 |
| Módulo 6: Cierre del Modelo | 158 |
| 6.1 Introducción | 158 |
| 6.2 Evaluación de la Efectividad del Modelo | 159 |
| 6.3 Retroalimentación y Comunicación Interdisciplinaria | 160 |
| 6.4 Evaluación Ética y Confidencialidad..... | 160 |
| 6.5 Validación y Continuidad | 161 |
| 6.6 Ficha Técnica de los Instrumentos de Evaluación..... | 161 |
| Capítulo 5. Discusión y Conclusiones..... | 168 |
| Limitaciones | 171 |
| Sugerencias..... | 172 |
| Referencias | 174 |
| Anexos..... | 204 |

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito diseñar un modelo teórico de atención psicológica orientado a la promoción de la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer, culturalmente adaptado al contexto mexicano y basado en la evidencia científica y el consenso de expertos. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño sistemático y propositivo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a cuatro psicólogos especialistas en psicooncología pediátrica seleccionados mediante muestreo no probabilístico por juicio. A través del análisis de contenido temático, se identificaron categorías clave que conformaron seis ejes del modelo: evaluación integral, psicoeducación, intervención con el paciente, fortalecimiento familiar, cierre terapéutico y promoción de la calidad de vida, y cierre del modelo. Los resultados revelaron la convergencia entre las respuestas de los expertos en torno a la importancia de la intervención interdisciplinaria, la participación familiar y las técnicas psicológicas basadas en la evidencia, como la terapia de juego, arteterapia, mindfulness y terapia cognitivo-conductual. El modelo propuesto integra los modelos cognitivo-conductual, humanista, sistémico familiar y biopsicosocial, para integración de enfoques cognitivo-conductual, humanista, y sistémico-familiar, para promocionar el bienestar. Se concluyó que el modelo propuesto permite estructurar la atención psicológica de manera integral, flexible y contextualizada, promoviendo la resiliencia, la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional. La investigación aporta un referente teórico-práctico aplicable a instituciones hospitalarias y organizaciones civiles, fortaleciendo la labor del psicólogo clínico en la psicooncología pediátrica mexicana.

Palabras clave: *cáncer, infantojuvenil, calidad de vida.*

Abstract

This study aimed to design a theoretical model of psychological care focused on the promotion of quality of life in childhood cancer patients, culturally adapted to the Mexican context and based on scientific evidence and expert consensus. The research was developed under a qualitative, systematic, and propositional design approach. Semi-structured interviews were conducted with four psychologists specialized in pediatric psycho-oncology, selected through non-probabilistic expert judgment sampling. Through thematic content analysis, key categories were identified that structured six that made up six axes of the model: comprehensive assessment, psychoeducation, patient intervention, family strengthening, therapeutic closure and promotion of quality of life, and closure of the model. The results revealed convergence among experts regarding the importance of interdisciplinary intervention, family participation, and evidence-based psychological techniques such as play therapy, art therapy, mindfulness, and cognitive-behavioral therapy. The proposed model integrates cognitive-behavioral, humanistic, family systemic, and biopsychosocial approaches to promote well-being. It was concluded that the proposed model allows psychological care to be structured in an integral, flexible, and context-sensitive way, promoting resilience, treatment adherence, and emotional well-being. This research provides a theoretical-practical framework applicable to hospital institutions and civil organizations, strengthening the role of the clinical psychologist in Mexican pediatric psycho-oncology.

Key words: cancer, child and youth, quality of life.

Introducción

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021), a nivel global, el cáncer infantil y juvenil es una de las principales causas de muerte; resultando que, al año aproximadamente 400.000 niños son diagnosticados con cáncer alrededor del mundo. Ahora bien, conforme a la World Health Organization (2021), en cuanto se refiere a países de ingresos altos, existe el 80% de probabilidad de supervivencia en los niños diagnosticados con cáncer, y un 50% en países con ingresos medios altos; no obstante, la tasa de supervivencia en países de medianos y bajos ingresos es menor del 30% de probabilidad.

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018), en México durante los años de 2011 a 2016, alrededor del 50% de las muertes observadas en la población entre 0 a 17 años fueron a causa del cáncer, específicamente por leucemia. Siendo que, cada año en México se diagnostican más de 5 mil casos nuevos de cáncer infantil (Gobierno de México, 2021). Por lo que, en el territorio mexicano, el cáncer es la primera causa de muerte a causa de enfermedad en la población de cinco a catorce años y, la sexta causa en la población menor a cinco años (Instituto Nacional de Salud Pública, 2022).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando dimensiones físicas, psicológicas, sociales y emocionales. Por lo que la calidad de vida se ha convertido en un indicador crucial en la atención oncológica, ya que refleja el bienestar integral del paciente más allá de la supervivencia. Actualmente, la calidad de vida ha sido evaluada, brindando información importante que permite conocer esta dimensión tan compleja en pacientes con cáncer.

La calidad de vida, entendida como la percepción subjetiva del bienestar físico, psicológico y social de una persona, se ve significativamente comprometida en los niños con

cáncer. Las múltiples hospitalizaciones, los procedimientos médicos invasivos, los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia, los cambios en la imagen corporal, la separación del entorno escolar y social, así como la confrontación prematura con la mortalidad, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos.

La psicooncología, disciplina que integra aspectos psicológicos en el cuidado de pacientes con cáncer, ha desarrollado múltiples intervenciones dirigidas a mitigar el impacto emocional de la enfermedad y promover estrategias de afrontamiento adaptativas, pero en la diversidad de métodos y propuestas teóricas, es importante el desarrollo de modelos que contemplen la calidad de vida.

La presente investigación surge de la necesidad de contribuir al desarrollo de un marco conceptual y metodológico que oriente la atención psicológica de niños con cáncer en nuestro contexto. A través de la integración de la evidencia científica internacional y la perspectiva de psicólogos expertos con experiencia en el campo, se pretende desarrollar una propuesta de modelo de atención que sea tanto teóricamente sólida como prácticamente viable.

El enfoque de esta investigación se centra específicamente en la promoción de la calidad de vida como objetivo central de la intervención psicológica. La metodología propuesta combina la revisión sistemática de la literatura científica con el estudio cualitativo de la perspectiva de expertos, permitiendo una aproximación comprehensiva que integre tanto el conocimiento teórico como la experiencia práctica. Los resultados esperados de esta investigación incluyen el desarrollo de un modelo teórico de atención psicológica estructurado, la identificación de componentes esenciales para la evaluación e intervención.

Antecedentes

De acuerdo con Pozo et al. (2015), en el Registro Nacional de Tumores Infantiles del año 2011, en España se han registrado alrededor de 20,747 casos de cáncer desde 1980, de los cuales 19,820 casos son de niños entre los cero y los catorce años.

Riveros et al. (2009) comentan que el cáncer es una situación que influye en la calidad de vida del paciente. De lo cual, Espada y Grau (2012), indican que los padres utilizan estrategias para afrontar la enfermedad de su hijo y, describen que se producen cambios en la estructura y dinámica familiar y social. Por lo que, Pozo et al. (2015) señalan que, los padres al ser la principal fuente de cuidado de los hijos con cáncer necesitan contar con una red social que les brinde apoyo durante la enfermedad, lo cual produce un impacto beneficioso en la familia al favorecer su adaptación psicológica ante la enfermedad y la minimización de los efectos estresantes derivados.

Ahora bien, Méndez et al. (2004) refieren que, el tiempo de vida de los niños con cáncer ha aumentado gracias a los avances médicos, lo cual ha generado interés en mejorar su calidad de vida. Esto implica la búsqueda de estrategias que disminuyan los efectos secundarios de los mismos tratamientos médicos.

Siendo así que, el psicólogo cuenta con un papel relevante en la evaluación y tratamiento de los síntomas tanto físicos como psicológicos en el paciente oncológico; asimismo, el psicólogo participa en la aplicación de técnicas e intervenciones psicológicas en el paciente y, le brinda información adaptándola a su nivel evolutivo (Salas et al., 2004).

Alcocer y Ballesteros (2005), realizaron un estudio de caso tipo 2 (en Bogotá, Colombia), mediante un análisis cualitativo y cuantitativo de datos, en el que evaluaron el efecto de la

intervención “Patch Adams” en indicadores de calidad de vida de dos niñas con cáncer. Es decir, la intervención “Patch Adams” (también conocida como “terapia de la risa” o “risoterapia”) es una intervención guiada por payasos, los cuales se enfocan en acompañar al paciente brindándole apoyo, compañía y alegría durante su experiencia hospitalaria a través de actividades recreativas y lúdicas, así como con la risa y el humor (Adams, Comunicación personal, 2003). Para ello, incluyeron el cuestionario PedsQL para niños y padres, entrevista semiestructurada para el personal de salud y escala visual análoga para evaluar el estado emocional y físico del niño antes y después de la intervención. Obteniendo como resultados que, la intervención “Patch Adams” tuvo efectos positivos sobre la calidad de vida de los niños; discutiendo así, las implicaciones de la relevancia psicológica de la risa en ambientes terapéuticos y sus posibles variantes metodológicas.

Méndez et al. (2004), realizaron un trabajo de investigación en España acerca de la atención psicológica en el cáncer infantil. En el cual, su objetivo fue examinar las repercusiones psicológicas del cáncer infantil y revisar las principales intervenciones psicológicas; presentando las técnicas psicológicas más eficaces que ayudan a reducir los síntomas de la enfermedad y algunos efectos secundarios del tratamiento. Siendo así que, las técnicas que destacan son las técnicas distractoras, el uso de la imaginación, las autoinstrucciones, y el entrenamiento en relajación y respiración.

Vargas et al. (2019), de la Universidad Autónoma de Baja California, llevaron a cabo una revisión teórica con el objetivo de conocer la eficacia de las diferentes estrategias de intervención psicológica utilizadas en el trabajo con los niños con cáncer. Del cual, comentan que se revisó el uso de la musicoterapia, arteterapia, biblioterapia y la terapia de juego; encontrando que esas

técnicas han mostrado diversos beneficios en el estado emocional, la disminución de ansiedad, la mejora de la calidad de vida, mayor disposición al tratamiento y ayuda en el manejo del dolor.

González-Vázquez et al. (2021) mencionan que, un aspecto fundamental en los programas de intervención del psicólogo infantil en la atención de niños y adolescentes, procesos y metodologías, es que la atención brindada a los niños y adolescentes requiere que el profesional haga uso y comprensión del marco teórico del desarrollo evolutivo; así como disponer de técnicas, métodos e instrumentos que estén de acuerdo a la psiquis infantil, relacionarse con el mundo de los niños, presentar habilidades que le permitan comunicarse y motivar a los niños y adolescentes, y tener interés en incluir a los padres en el tratamiento y, valorar su presencia por ser las figuras de afecto más importantes y permanentes en la vida del niño y del adolescente.

Guzmán (2021), llevó a cabo una investigación de estudio de caso en Morelia, Michoacán, en la que exploró la simbolización de las fantasías de muerte y la manifestación del deseo de vida en una paciente infantil con diagnóstico de cáncer. El estudio destaca la relevancia del análisis con niños y el uso terapéutico del juego, el dibujo, el modelado y el discurso para acceder a sus conflictos. La interpretación del contenido simbólico facilita intervenciones que atienden los temores asociados a la muerte, el dolor del tratamiento y la soledad que experimentan estos pacientes; dando paso a la manifestación de sus deseos, que en este caso se manifestó el deseo por vivir, el cual impulsa la recuperación.

La Organización Panamericana de la Salud (2022) comenta que, el cáncer infantil repercute de manera considerable en la vida de los pacientes y de sus familias, quienes deben activar mecanismos para adaptarse a la situación y reducir secuelas afectivas, sociales y cognitivas. Además, se plantea que, el cuidado integral de los pacientes pediátricos con cáncer debe incluir el acceso a una atención psicosocial especializada para los pacientes y sus

cuidadores, según las necesidades; de igual forma, que se incluyan intervenciones que respondan a las necesidades psicosociales prioritarias y que éstas puedan ser sostenibles en el tiempo; y, que se generen redes de derivación y seguimiento para contribuir en el bienestar de los pacientes y sus familiares.

Plancarte (2022) junto con 39 profesionales de 23 instituciones de salud y académicas, y con la participación de maestros y doctores en Psicología, Tanatología, Psico-Oncología, Educación, Sociología, Enfermería, Derecho y Bioética, realizó el trabajo titulado Guía de Cuidados Paliativos Pediátricos, el cual tiene el propósito de orientar y fortalecer acciones en la prestación de servicios en todas las instituciones de salud y académicas en las entidades federativas de México; siendo que, esta guía representa la posibilidad de que el personal para la atención de la salud esté mejor informado y, con ello, que contribuya al logro de una visión integral de la atención de y con calidad hacia los pacientes que necesiten los cuidados paliativos. De esta manera, la formación, experiencia y trayectoria profesional de los autores, manifiestan la garantía de que esta guía es una fuente de consulta confiable, ya que presenta información actualizada sobre la atención paliativa pediátrica, modelos de atención, atención psicosocial, espiritual y en duelo en los cuidados paliativos pediátricos, aspectos bioéticos y competencias para la provisión de cuidados paliativos pediátricos.

Esquivel (2022), realizó una investigación en la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer AMANC Michoacán, en la ciudad de Morelia, abordando de manera psicoanalítica la eficacia del juego como herramienta terapéutica en pacientes oncológicos infantiles, que se llevó a cabo mediante la realización de entrevistas a los cuidadores primarios y la aplicación de pruebas proyectivas HTP (House-Tree-Person) y el Test de la Familia a los pacientes. Concluyendo que, a través del juego los niños simbolizan y transmiten sus temores y angustias

asociados a la enfermedad; y, que gracias a las pruebas proyectivas se observaron una serie de sentimientos y emociones relacionados con la angustia, los cuales derivan de la misma enfermedad y del tratamiento.

Barroso-Fontanals et al. (2024), llevó a cabo una revisión en febrero del 2024 en la cual su técnica principal de recolección de información se basó en la búsqueda online mediante Google Académico y las bases de datos SciELO, señalando que el niño al que se diagnostica con una enfermedad como el cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones, en donde su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad; por lo cual, concluye que las características de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de manera significativa la vida del niño y de su familia, por tanto se hace hincapié en la importancia de la intervención para disminuir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación tanto del enfermo como de los familiares a la nueva situación.

Casallas-Vega et al. (2024), realizaron un estudio observacional analítico en niños y adolescentes entre los 2 y 8 años con cáncer, en el que emplearon el instrumento de PedsQL Cancer Module y el FACIT-F para evaluar la calidad de vida y fatiga, respectivamente. Estudio en el que en sus resultados se identificaron síntomas físicos y psicológicos notables que hacían referencia a una disminución en la calidad de vida, reflejando así el impacto del tratamiento oncológico en el bienestar de los niños; destacando las intervenciones psicosociales pertinentes que mejoren la calidad de vida tomando en cuenta una adecuada red de apoyo. Por tanto, concluyeron que es importante que el tratamiento del cáncer en población pediátrica comprenda aspectos médicos y el apoyo integral hacia el bienestar emocional y psicosocial tanto del paciente como de su familia.

En resumen, de acuerdo con registros poblacionales se documenta una carga significativa de cáncer infantil, lo que ha generado interés en mejorar la supervivencia y la calidad de vida en niños con cáncer y sus familias. Asimismo, se habla del impacto familiar y redes de apoyo, puesto que el cáncer infantil afecta la estructura y dinámica familiar; en donde los cuidadores primarios requieren redes sociales y apoyo psicosocial que faciliten la adaptación y reduzcan la carga emocional y el estrés familiar.

Por otro lado, se menciona que el profesional de la psicología participa en la evaluación y tratamiento de síntomas físicos y emocionales; además adapta la información al nivel evolutivo del niño e integra técnicas dirigidas a disminuir el malestar asociado a la enfermedad y sus tratamientos. Destacando técnicas y evidencia sobre su eficacia en diversas intervenciones, tales como la terapia de juego, risoterapia, musicoterapia, arteterapia, técnicas de distracción y técnicas de relajación, entre otras, debido a que muestran beneficios en la reducción de ansiedad, manejo del dolor, mejora del estado emocional y aumento de la disposición al tratamiento.

Estudios de caso y revisiones realizadas en contextos hispanohablantes y en Morelia, Mich., destacan la utilidad del juego, el dibujo y las técnicas proyectivas para acceder a los conflictos infantiles y promover la simbolización del miedo y el deseo de la vida, lo que orienta intervenciones centradas en el niño. Guías y organismos recomiendan un abordaje integral que incluya atención psicosocial especializada, sostenibilidad de intervenciones en el tiempo y redes de derivación y seguimiento para el bienestar de pacientes pediátricos y sus familias.

Finalmente, se puede decir que, la evidencia respalda un modelo de atención integral en cáncer infantil que combina intervenciones psicológicas adaptadas al desarrollo, apoyo familiar y políticas de referencia y seguimiento para mejorar la calidad de vida del niño y su núcleo familiar.

Justificación

El cáncer durante la etapa de la infancia y la adolescencia implica diversos desafíos a nivel cognitivo, físico, social, emocional y conductual en la vida del paciente; de los cuales, se presentan retos y necesidades que los expertos en salud mental (psicólogos y especialistas) han de contribuir para apoyar a los pacientes ante la presencia de problemas y conflictos desencadenados de la enfermedad (St. Jude Children's Research Hospital, 2018).

Asimismo, de acuerdo con St. Jude Children's Research Hospital (2023), tanto el paciente infantojuvenil como su familia presentan desafíos que influyen de manera negativa en su salud mental. Dentro de esos desafíos se pueden incluir la preocupación sobre el futuro, estrés al tomar decisiones, separación de los amigos y la familia, entre otros.

Por ello, es importante realizar evaluaciones psicológicas que ayuden a identificar, comprender e intervenir en las necesidades del paciente oncológico y su familia, tales como situaciones relacionadas a la personalidad y el comportamiento, los hitos del desarrollo, cambios emocionales y sociales (St. Jude Children's Research Hospital, 2018). Además, cabe mencionar que tales pensamientos y sentimientos negativos son respuestas normales ante una enfermedad como el cáncer y, que es ahí donde radica la importancia del acompañamiento psicológico en el paciente y su familia, ya que se brindan herramientas y recursos que les permitan sobrellevar la enfermedad.

De la misma manera, esta asistencia se relaciona con el alivio de los síntomas derivados del tratamiento para el cáncer y en la mejora de la calidad de vida del paciente; dado que, a pesar de que no se pueda curar el cáncer en algunos casos, se puede aliviar el sufrimiento (OMS, 2025).

Cabe señalar que, el cáncer infantil es reconocido globalmente como una de las principales causas de mortalidad en la población pediátrica, lo que impone un desafío multidimensional que trasciende los aspectos meramente médicos. Las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud evidencian la disparidad en las tasas de supervivencia, subrayando la influencia de factores socioeconómicos en el pronóstico. Además, en México, la situación es particularmente apremiante, con el cáncer emergiendo como la principal causa de muerte por enfermedad en niños de 5 a 14 años, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Instituto Nacional de Salud Pública.

Por lo que, la evaluación de la calidad de vida en estos pacientes se revela como un componente crítico en la atención oncológica, permitiendo una comprensión integral del impacto de la enfermedad y el tratamiento. Investigaciones previas, como las de Alcocer y Ballesteros (2005), Méndez et al. (2004), Vargas et al. (2019), Guzmán (2021) y Balvina (2022), han destacado la eficacia de intervenciones psicológicas adaptadas a las necesidades específicas de los niños con cáncer. Estas intervenciones, que incluyen la terapia de la risa, la musicoterapia, el arte terapia y la terapia de juego, han demostrado mejorar el bienestar emocional, reducir la ansiedad y facilitar la adaptación al tratamiento.

En este contexto, en la presente tesis se propone desarrollar un modelo de intervención psicológica basado en la evidencia. Este modelo buscará abordar las necesidades psicosociales únicas de los niños y adolescentes con cáncer y sus familias, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y promover una adaptación saludable a la enfermedad y el tratamiento.

Por tanto, la relevancia del trabajo se encuentra en la generación de conocimiento e información para futuras investigaciones e intervenciones en el paciente infantojuvenil con cáncer.

Finalmente, se pueden señalar los siguientes aspectos relacionados a la relevancia del presente trabajo:

Relevancia teórica:

- Contribuirá al desarrollo del conocimiento en psicooncología pediátrica.
- Integrará perspectivas teóricas sobre calidad de vida y atención psicológica.
- Generará un marco conceptual para futuras investigaciones.

Relevancia práctica:

- Proporcionará una guía estructurada para la atención psicológica.
- Facilitará la implementación de servicios psicológicos especializados.

En este sentido, el modelo tomó la evidencia científica en pasos prácticos para que los servicios psicológicos fueran llevados a cabo con niños y adolescentes con cáncer. Para lograrlo, el modelo integró información y descripción de técnicas y materiales para que el profesional de salud implemente en la práctica; teniendo en cuenta que, se adaptaron actividades a la edad del paciente y, el uso herramientas de evaluación simples para llevar a cabo una intervención más adecuada.

Finalmente, se añadieron indicadores (bienestar, ansiedad, adherencia al tratamiento, entre otros) para revisar con regularidad y establecer si las intervenciones son funcionales, para posteriormente ajustarlas cuando sea necesario en la práctica clínica.

Objetivos

Objetivo General

- a) Diseñar un modelo teórico de atención psicológica enfocado a la calidad de vida en pacientes infantojuveniles con cáncer, basado en la evidencia científica disponible y a la perspectiva de psicólogos expertos.

Objetivos Específicos

- Identificar los componentes clave de un modelo de atención psicológica mediante revisión sistemática de la literatura científica.
- Determinar el consenso de psicólogos expertos sobre los elementos esenciales del modelo de atención.
- Integrar los hallazgos de la revisión bibliográfica y las entrevistas a expertos en una propuesta de modelo teórico.

Planteamiento de la Investigación

Los niños diagnosticados con cáncer enfrentan una serie de desafíos emocionales, sociales y existenciales, que incluyen el miedo a la muerte, el dolor del tratamiento, la soledad y la interrupción de su vida normal. A su vez, sus familias lidian con el estrés, la ansiedad, la incertidumbre y la necesidad de brindar apoyo constante.

A pesar de la creciente conciencia sobre la importancia de la atención psicosocial en oncología pediátrica, existe una brecha significativa en la implementación de intervenciones psicológicas efectivas y culturalmente sensibles en el contexto de la oncología infantojuvenil.

Y, a menudo las intervenciones existentes no se adaptan a las necesidades específicas de los niños y sus familias, ni consideran las particularidades de su contexto socioeconómico y cultural. Por lo tanto, se plantea la necesidad de desarrollar un modelo de intervención psicológica integral y culturalmente relevante que aborde los desafíos psicosociales que enfrentan los niños y adolescentes con cáncer y sus familias, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y promover una adaptación saludable a la enfermedad y el tratamiento.

Pregunta de la Investigación

1. ¿Qué intervenciones psicológicas han demostrado ser eficaces en la mejora de la calidad de vida de pacientes infantojuveniles con cáncer?
2. ¿Cómo debe estructurarse la atención psicológica según las diferentes fases del tratamiento oncológico?
3. ¿Qué elementos de coordinación interdisciplinaria son necesarios para la implementación efectiva?

Hipótesis

Dada la naturaleza exploratoria y cualitativa de esta investigación, no se establecen hipótesis en el sentido estadístico tradicional. En su lugar, se plantean supuestos teóricos que orientan la indagación, basados en la revisión preliminar de literatura y el conocimiento teórico existente

Supuesto 1: *"Los psicólogos expertos identificarán componentes comunes esenciales para un modelo de atención psicológica en oncología pediátrica".*

Supuesto 2: *"Existe convergencia entre la evidencia científica internacional y la perspectiva de expertos locales sobre los elementos clave del modelo".*

Supuesto 3: *"La atención psicológica requiere diferenciación según las fases del tratamiento oncológico".*

Ejes Temáticos

El Cáncer

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025), se refiere al cáncer como el conjunto de enfermedades que pueden ser originadas en algún órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de manera descontrolada y se propagan a otros órganos del cuerpo.

Además, el cáncer trae consigo impactos significativos en la vida de la persona debido a los tratamientos médicos. De acuerdo con, Miller (2025), Walter (2025) y la American Cancer Society (2027), los efectos causados por los tratamientos médicos para el cáncer se pueden reflejar en los aspectos físicos (dolor, problemas dentales, etc.), cognitivos (problemas de aprendizaje, memoria, atención, entre otros) y, sociales y emocionales (apatía, preocupación, inquietud...) del paciente.

Calidad de Vida

Ardila (2003) señala que, la calidad de vida es un estado de satisfacción general, definida como la sensación subjetiva de bienestar social, psicológico y físico; siendo que, incluye aspectos tanto subjetivos como objetivos, tales como la expresión emocional, la seguridad y la salud percibida y la productividad personas, así como las relaciones con el entorno ambiental y social.

Vinaccia y Orozco (2005) mencionan que, a partir de 1950 se incorporó el concepto de calidad de vida en el ámbito de la medicina y, posteriormente en la psicología. Siendo que, hasta el día de hoy este concepto ha presentado modificaciones, ya que inicialmente se aludía a este término como al cuidado de la salud personal, después como la preocupación por la salud e higiene pública, luego hacía referencia a los derechos humanos y laborales y, posteriormente para

referirse a la preocupación por la experiencia de la persona asociada a su vida social, a su propia salud y a su actividad cotidiana.

Ahora bien, es importante destacar que la calidad de vida engloba el bienestar físico, psicológico, espiritual y social. Por tanto, el bienestar físico hace referencia a la capacidad del cuerpo para llevar a cabo diversas actividades sin molestia o limitación alguna; el bienestar psicológico es la percepción que tiene cada persona de sí misma y de su propia vida, ésta se asocia con el estado emocional, la satisfacción personal y pensamiento constructivo sobre sí mismos, entre otros aspectos; el bienestar espiritual alude a la búsqueda del propósito y significado de la propia vida y de la conexión con valores y creencias que nos relacionan con una fuerza mayor (de origen religioso o no); y, el bienestar social es un estado que involucra el cumplimiento de las necesidades básicas humanas y, a que el individuo presenta las condiciones necesarias para vivir de manera satisfactoria y plena.

Calidad de Vida en Pacientes Infantojuveniles con Cáncer

El cáncer en la población infantil es una enfermedad que produce alteraciones en las diferentes dimensiones de la persona y que conllevan a la modificación del bienestar del paciente y de su familia, resultando en el decaimiento en la calidad de vida (Rihuete y Fernández, 2018).

La calidad de vida en pacientes infantiles se puede entender como la concepción multidimensional compuesta principalmente por las siguientes dimensiones: físico, social y mental. De acuerdo con Vélez (2010), la relevancia de medir la calidad de vida en niños con cáncer se determina por distintos aspectos que han posibilitado el avance y creación de instrumentos que son cada vez más validados, exactos y confiables.

Además, los métodos de evaluación de la calidad de vida han adquirido importancia gracias a que han facilitado la evaluación del impacto del tratamiento médico y de los efectos a corto y largo plazo. Asimismo, la implementación de estos procesos de medición puede mejorar la relación y comunicación entre los pacientes infantiles y los profesionales de la salud, para incrementar la satisfacción de la familia del paciente y de éstos con el equipo médico y hospitalario. Finalmente, entender este concepto puede beneficiar tanto al paciente infantil con cáncer como a sus padres para prepararse a los efectos y eventos inesperados que abarca el tratamiento médico (Packard, 2004, como se citó en Vélez, 2010; Sitaresmi, 2008, como se citó en Vélez, 2010; Sung, 2009, como se citó en Vélez, 2010).

Delimitación

El uso de un muestro no probabilístico por juicio o de expertos limita la capacidad de generalizar los hallazgos, pues los cuatro expertos seleccionados no representan la diversidad completa de profesionales ni de instituciones que atienden a pacientes pediátricos oncológicos en México. El reducido tamaño muestral impide realizar inferencias estadísticas y aumenta la probabilidad de sesgos individuales en las recomendaciones, de modo que las conclusiones pueden reflejar más las prácticas y perspectivas particulares de esos expertos que tendencias nacionales amplias.

La concentración de participantes en instituciones públicas (Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y la inclusión de una sola profesional con experiencia en una organización civil (AMANC) deja fuera voces de otros sectores relevantes, como hospitales privados, unidades regionales rurales y equipos multidisciplinarios con distinta formación.

Además, la variabilidad en la experiencia y en los roles profesionales entre los expertos pueden generar la heterogeneidad en las propuestas, dificultando la estandarización de protocolos sin validación adicional.

Finalmente, la recolección de datos mediante entrevistas estructuradas aporta información cualitativa rica, pero subjetiva; por lo que, resulta necesario complementar estos insumos con estudios empíricos más amplios y mediciones cuantitativas para validar la aplicabilidad y efectividad del modelo en distintos contextos.

Capítulo 1. Marco teórico

1.1 El Cáncer Infantil Desde la Perspectiva Médica

1.1.1 *Epidemiología*

A pesar de que el cáncer infantil y adolescente no se presente con frecuencia, se considera un problema de Salud Pública debido a que es una de las principales causas de mortalidad por enfermedad a causa del impacto social, físico, económico y psicológico que conlleva tanto para el paciente como para su familia (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019).

De acuerdo con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (2023), en México se mostraron alrededor de 7 mil casos nuevos de cáncer al año durante la infancia y adolescencia, de los cuales más de la mitad (52%) de los casos son de leucemias.

Asimismo, la tasa de mortalidad (basada en el número de muertes por cáncer al año) en niños y adolescentes menores a los 20 años tuvo un descenso en más del 50% entre 1975 y 2022. Es decir, en 1975 era de 5.1 por cada 100 000 niños y adolescentes; y, en 2022, fue de 2.2 por cada 100 000 niños y adolescentes (Instituto Nacional del Cáncer, 2024).

Por otro lado, el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA) y la Dirección General de Epidemiología señalan que, dentro de la República Mexicana los estados con mayores tasas de Incidencia por cáncer en la infancia (de cero a nueve años) son Durango, Colima, Aguascalientes, Sinaloa y Tabasco; mientras que, de la población adolescente (de diez a diecinueve años) se encuentra Campeche, Colima, Aguascalientes, Nuevo León y Morelos (Gobierno de México, 2019).

Respecto a la edad y sexo se menciona que, en el 2019 el grupo de pacientes más afectado comprendió de 1 a 4 años, ya que se reportaron aproximadamente 571 casos (30%); en segundo lugar, se encontró el grupo de edad de los 10 a 14 años, el cual presentó 509 casos (26%); en tercer lugar, el grupo de 5 a 9 años que contó con 471 casos (25%); en cuarto lugar, estuvo el grupo de 15 a 18 años con 271 casos (14%); y, por último, el grupo de menores de un año con 99 casos (5%). Además, es importante indicar que, de todos los grupos anteriores, predominó el sexo masculino dentro de la mayoría de los casos (Dirección General de Epidemiología, 2019).

Por otro lado, de acuerdo con la International Classification of Childhood Cancer (ICCC), el mayor número de casos reportador al RNCA fueron de leucemias (949 casos, correspondiendo al 49.37%), después de tumores del Sistema Nervioso Central (199, 10.35%) y, finalmente de linfomas (173, 9%) (Dirección General de Epidemiología, 2019).

Siendo así que, Rivera et al. (2024) indican que, el tipo de cáncer más común en México es la leucemia aguda, la cual constituye el 50% de los casos de cáncer infantil y, posterior a ésta se encuentran los linfomas (de Hodgkin y no Hodgkin) y los tumores cerebrales primarios.

Ahora bien, al referirse al cáncer en adolescentes se puede hacer mención de que éste es diferente tanto al cáncer infantil como al cáncer en los adultos, por lo que se requiere de solución especial; es decir, las necesidades médicas de los adolescentes con cáncer se distinguen de las necesidades de los niños y de los adultos que presentan el mismo tipo cáncer, siendo así que requieren de una atención multidisciplinaria (Stiller, 1994).

Por lo cual, el adolescente ha adaptarse a los efectos que trae consigo la enfermedad y su tratamiento médico y, debido a ello es frecuente que muestren cambios en sus relaciones sociales

y emocionales. Por lo cual, es importante reconocer las características de esta etapa de la vida (Lewis, 1996; Stiller, 1994).

1.1.2 Etiología

El cáncer es debido a mutaciones genéticas, las cuales pueden ser heredadas, inducidas (por factores ambientales) o como el resultado de errores durante la replicación del ADN (Máster Universitario en Investigación Biomédica, 2017).

Tomasetti et al. (2017) sugieren que, dos terceras partes del total de los casos del cáncer se deben a los errores durante el proceso de replicación; además, hacen hincapié en la importancia de la detección e intervención temprana para disminuir las muertes ocasionadas por el cáncer asociado a la replicación del ADN.

Asimismo, Fu y Singh (2007) mencionan que, el cáncer es el resultado de daños genéticos en una sola célula; y, que el daño genético puede ser de origen hereditario o adquirido mediante productos químicos, radiación o microorganismos, así como la combinación de ambos factores. Siendo que, su etiología es multifactorial y, que posee mecanismos complejos.

Por otro lado, Tuca et al. (2018) hacen mención de que, los factores riesgo que aumentan las probabilidades de desarrollar cáncer, tales como las características personales, los hábitos o los factores hereditarios o ambientales; además, existen factores de riesgo que se pueden modificar (como los hábitos) y otros que no se pueden modificar (como la edad). Véase Tabla 1.1.2, la cual presenta una lista de factores de riesgo con base a lo mencionado por Tuca et al. (2018).

Tabla 1.1.2 Factores de Riesgo del Cáncer.

| Factores de riesgo | Descripción |
|--------------------------|---|
| Tabaco. | Principal causa del cáncer y de muerte. Está asociado con aproximadamente 19 tipos de cáncer. |
| Alcohol. | Su consumo es un factor de riesgo. A mayor consumo, mayor es el riesgo de cáncer. |
| Luz solar. | La frecuente e intensa exposición a la radiación ultravioleta (UV), ya sea natural o artificial, hace que sea el principal factor de riesgo ambiental. |
| Alimentación. | Los hábitos alimentarios saludables previenen y reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares. |
| Edad. | El cáncer se puede manifestar en cualquier etapa de la vida. |
| Infecciones. | Existen ciertos gérmenes que pueden ocasionar o incrementar el riesgo de cáncer. |
| Hormonas. | Aunque las hormonas son importantes en lo que se refiere a las funciones fisiológicas, éstas también tienen un papel relevante en tres tipos de cáncer comunes, como el cáncer de mama, el cáncer de ovarios y el cáncer de próstata. |
| Sustancias del ambiente. | Existen sustancias químicas industriales que se asocian al cáncer, ejemplo de ello es la contaminación atmosférica. |
| Antecedentes familiares. | Los antecedentes familiares presentan una pequeña parte de los casos de cáncer gracias al factor hereditario. |

Origen: Tuca et al., 2025.

Ahora bien, con relación al cáncer infantil, se hace mención de que se desconoce la mayoría de sus causas; y, que alrededor del 5% de los cánceres en la población infantil son debido a una mutación hereditaria, es decir, que se puede transmitir de padres a hijos (Instituto Nacional del Cáncer, 2024).

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (2024), así como en el cáncer en adultos, en el cáncer infantil existen mutaciones genéticas que provocan que las células se multipliquen sin control convirtiéndose en cáncer. Siendo así, los cambios genéticos hereditarios (alrededor del 8 al 10% de los cánceres infantiles son causados por una mutación dañina), los cambios genómicos que ocurren en el desarrollo inicial (durante la formación de la célula germinal) y, las exposiciones ambientales (ejemplo de ello es la radiación ultravioleta, entre otros) forman parte de las posibles causas del cáncer infantil y juvenil.

1.1.3 Diagnóstico

En el cáncer infantil cada diagnóstico es diferente; no obstante, el diagnóstico comienza cuando se presentan y se observan signos y síntomas. Sin embargo, en el comienzo éstos pueden pasar desapercibidos tanto por la familia como por el médico debido a que son semejantes a enfermedades y lesiones que son comunes durante la niñez (St. Jude Children's Research Hospital, 2018).

Por otro lado, conforme a la Organización Mundial de la Salud (2025), es importante la detección del cáncer en una fase temprana, ya que esto posibilita la respuesta a un tratamiento de manera eficaz, resultando en un aumento en la probabilidad de supervivencia y la disminución del sufrimiento. Para ello, es necesario tener en cuenta los tres componentes de un diagnóstico precoz:

1. Que la familia y los profesionales de la salud en atención primaria tengan conocimiento de los distintos signos y síntomas;

2. La existencia de la precisión y puntualidad de la evaluación clínica, del diagnóstico y de la determinación del estadio de la enfermedad;
3. Y, un comienzo rápido del tratamiento.

Asimismo, para llevar a cabo el diagnóstico de cáncer se realiza una serie de procedimientos, los cuales incluyen un examen físico que abarca los antecedentes médicos y, en dado caso un examen neurológico; así como, pruebas médicas que se relacionen con los signos y síntomas que presente el paciente, para ello el médico debe considerar la sospecha del tipo de cáncer, los signos y síntomas, la edad y afección del paciente, y los resultados de pruebas médicas anteriores (St. Jude Children's Research Hospital, 2018).

De acuerdo con Kanwar (2021), se enlistan las pruebas empleadas para diagnosticar el cáncer infantojuvenil, señalando que no todas las siguientes pruebas son necesarias para el diagnóstico de todos los tipos de cáncer (Véase Tabla 1.1.3).

Tabla 1.1.3 Lista de Pruebas Empleadas para Diagnosticar el Cáncer Infantojuvenil.

| Tipo de prueba | Explicación | Ejemplos |
|---------------------------|---|---|
| Análisis de sangre. | Ayuda en la búsqueda del cáncer en la sangre o a determinar el daño en los tejidos del cuerpo causado por el mismo. | <ul style="list-style-type: none"> • El hemograma completo (Complete blood count, CBC). • El panel metabólico o químico completo. • Análisis de urina. |
| Estudios de imagenología. | Permite buscar el cáncer en los tejidos normales del cuerpo y alrededor de ellos. | <ul style="list-style-type: none"> • Las radiografías. • La ultrasonografía o la ecografía. |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Las exploraciones a través de resonancia magnética (MRI). |
| Estudios de muestreo. | | <ul style="list-style-type: none"> • La biopsia de tumor. • Las pruebas de aspiración y biopsia de médula ósea. • Las pruebas de punción lumbar. |

Origen: Kanwar (2021).

1.1.4 Definición

Fu y Singh (2007) mencionan que, el cáncer es una masa de tejido anormal que resulta de la expansión clonal de una sola célula precursora, la cual ha sufrido daños genéticos.

De la misma manera, Puente y de Velasco (2019) señalan que, el cáncer hace referencia a un gran número de enfermedades caracterizadas por el desarrollo anormal de células que se extienden sin control a cualquier parte del cuerpo.

Además, hay distintos tipos de cáncer debido a que se puede desarrollar en diferentes partes de cuerpo. Las principales categorías del cáncer son los cánceres hematológicos (que son los que se producen en la sangre) y los cánceres de tumores sólidos (que se presentan en los órganos o tejidos del cuerpo) (American Cancer Society, 2024).

En otras palabras, el cáncer es el crecimiento anormal o descontrolado de las células en el ADN, de manera que estas células invaden los tejidos y órganos cercanos que se encuentran sanos; existiendo así, diferentes tipos de cáncer, los cuales tienen sus propias características y comportamientos.

1.1.5 Tipos de Cáncer Infantojuvenil

El cáncer en la población infantil tiende a ser más agresivo que el cáncer en la población adulta. Por ello, es necesario que el paciente infantil sea acompañado por un equipo multidisciplinario formado por el médico de cabecera, pediatras quirúrgicos, radiólogos oncológicos, trabajadores sociales, entre otros, con el objetivo de que el paciente pueda recibir el tratamiento, acompañamiento y cuidado adecuado para tener una mayor probabilidad de supervivencia y una mejor calidad de vida (American Childhood Cancer Organization, 2025).

Como señalan Savelli y Prasad (2019) y la American Childhood Cancer Organization (2025), los tipos de cáncer pueden variar de acuerdo con la edad del niño o adolescente. A continuación, se presentan algunos de los tipos de cáncer más comunes:

- Leucemia linfocítica (aguda y crónica).
- Leucemia mieloide aguda.
- Linfoma de Hodgking.
- Linfoma no Hodgking.
- Cáncer cerebral y otros tipos de cáncer del sistema nervioso central.
- Neuroblastoma y otros tumores periféricos de los nervios.
- Tumores hepáticos.
- Osteosarcoma.
- Tumor de Ewing y sarcomas óseos relacionados.
- Tumores de células germinales y gonadales.
- Melanoma maligno (cáncer de piel).
- Wilms Tumor (tumor en el riñón).

Acto seguido, se presentan algunos de los tipos de cáncer comunes dentro de la población infantojuvenil:

1.1.5.1 Leucemia Linfoblástica Aguda. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es un cáncer en la sangre y la médula ósea que afecta a los glóbulos blancos (linfocitos). Además, cuando se habla de una leucemia aguda, se refiere que sus síntomas pueden agravarse dentro de un período breve de tiempo (St. Jude Children's Research Hospital, 2018).

De acuerdo con St. Jude Children's Research Hospital (2018), los signos y síntomas de la LLA pueden incluir:

- Formación rápida de moretones.
- Fiebre.
- Pérdida de apetito.
- Dolos en los huesos o en articulaciones.
- Bultos en cuello, debajo del brazo, en la ingle o en el estómago.

Conforme al Instituto Nacional del Cáncer (2025), existen diversos tipos de tratamiento para los pacientes con LLA, algunos de los tratamientos son los siguientes:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Quimioterapia con trasplante de células madre.
- Terapia dirigida.
- Inmunoterapia.

1.1.5.2 Leucemia Mieloide Aguda. La leucemia mieloide aguda (LMA) ocurre debido a una serie de mutaciones en el material genético de una sola célula mieloide inmadura, también conocida como mieloblasto. En consecuencia, se forma una célula sanguínea inmadura que se encuentra estancada en las etapas iniciales de desarrollo, a esta formación se le llama célula leucémica o célula de la leucemia mieloide aguda; es decir, esta célula no puede madurar para transformarse en un glóbulo blanco funcional (Leukemia & Lymphoma Society, 2021).

En otras palabras, la LMA es el resultado de mieloblastos que se incrementan e invaden de manera anormal la médula ósea e interceptan la producción de las células normales en la sangre (Fundación Josep Carreras contra la Leucemia, 2023).

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2022), la leucemia mieloide aguda incluye los signos y síntomas:

- Fiebre, ya sea con infección o sin esta.
- Cansancio, debilidad o palidez.
- Sangrado o moretones que surgen con facilidad.
- Petequias, es decir, manchas planas debajo de la piel debajo de la piel.
- Sarcomas mieloides (bultos indoloros que pueden aparecer alrededor de los ojos, pueden ser de color azul o verde).

Ahora bien St. Jude Children's Research Hospital (2020) menciona que, el tratamiento utilizado va a depender del tipo de LMA que se presente, ya que existen tres formas de la leucemia mieloide aguda, las cuales se tratan de diferente manera de las otras formas de LMA: la leucemia promielocítica aguda (LPA), la LMA en niños con Síndrome de Down, y la LMA con

mutación en el gen FLT3. Sin embargo, el tratamiento principal para la LMA es la quimioterapia, aunque también se puede considerar el trasplante de médula ósea como una opción.

1.1.5.3 Tumor Germinal. Las células germinales son las células del sistema reproductivo, que al madurar se transforman en óvulos (en las mujeres) y espermatozoides (en los hombres), cabe señalar que estas células se desarrollan conforme el bebé crece en el útero (St. Jude Children's Research Hospital, 2018).

Ahora bien, los tumores de células consisten en que las células germinativas (óvulos y espermatozoides) no llegan a desarrollarse. Estos tumores pueden ser cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos); y, pueden crecer en distintas partes del cuerpo, tales como en los ovarios o testículos (tumores gonadales), y fuera de los ovarios o testículos (extragonadales), como en el cerebro, cuello, en el espacio entre los pulmones, entre otros (Stanford Medicine Children's Health, 2025).

Cleveland Clinic (2022) hace referencia a la siguiente lista de síntomas a causa del tumor de células germinales:

- Molestias o dolor pélvico (tumor de células germinales de ovario).
- Dolor abdominal o dolor en la ingle (tumores células germinales testiculares).
- Dificultad para respirar (tumores de células germinales extragonadales en los pulmones).
- Debilidad en las piernas (tumores de células germinales extragonadales en espalda baja).

De acuerdo con Katzenstein (2018) y Stanford Medicine Children's Health (2025), el tratamiento del tumor de células germinativas dependerá del tipo y ubicación del tumor, así como

de la edad y salud general del paciente; siendo que, estos tumores de células germinativas se pueden tratar de las siguientes maneras:

- Cirugía.
- Quimioterapia o quimioterapia en dosis altas con trasplante de células madre.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Estudios clínicos.

1.1.5.4 Sarcoma de Ewing. De acuerdo con Stanford Medicine Children's Health (2025), el sarcoma de Ewing es un tipo de cáncer poco frecuente que se desarrolla de manera común en los huesos; sin embargo, también puede estar presente en el tejido blando (que está conectado al hueso), tales como ligamentos, cartílago, tendones o músculo. Así mismo, éste puede crecer con mayor frecuencia en los huesos de las piernas, pelvis y cadera, brazos y pecho.

De la misma manera, Mayo Clinic (2024) informa que, la siguiente incluye algunos de los signos y síntomas del sarcoma de Ewing:

- Bulto en brazo, pierna, pecho o pelvis (signo presente en el hueso o alrededor del mismo).
- Dolor, sensibilidad e hinchazón próximo del área afectada (signo presente en el hueso o alrededor del mismo).
- Fractura/Ruptura de hueso (síntoma presente en el hueso o alrededor del mismo).
- Fiebre (síntoma que afecta todo el cuerpo).
- Pérdida involuntaria de peso (signo que afecta todo el cuerpo).

Siendo que, el tratamiento dependerá del estadio, edad y otros factores que presente el paciente. No obstante, el sarcoma de Ewing se puede tratar con los siguientes tratamientos (Gotwals et al., 2023):

- Cirugía.
- Quimioterapia.
- Quimioterapia de dosis alta con trasplante de células madre.
- Radioterapia.
- Ensayos clínicos.

1.1.5.5 Hepatoblastoma. Conforme el Instituto Nacional del Cáncer (2025), el Hepatoblastoma es un tipo de cáncer que se desarrolla en los tejidos del hígado, siendo así uno de los cánceres de hígado más común en la población infantil, afectando a menores de tres años.

A continuación, se presentan algunos de los síntomas y signos del Hepatoblastoma (Stanford Medicine Children's Health, 2025):

- Bulto en el abdomen.
- Dolor en el abdomen.
- Falta de apetito.
- Coloración amarillenta en la piel o en la parte blanca de los ojos.
- Comezón en la piel.

Ahora bien, Aguado (2023) y Stanford Medicine Children's Health (2025) mencionan que, los hepatoblastomas suelen ser tratados a través de una combinación de cirugía y

quimioterapia. Además, para llevar un tratamiento se debe tener en cuenta la edad del paciente, el tamaño y cantidades del tumor, entre otros aspectos. Algunas opciones de tratamiento son:

- Cirugía.
- Quimioterapia.
- Radioembolización (emisión de altas dosis de radiación).
- Trasplante de hígado.
- Estudios clínicos.

1.1.5.6 Linfoma de Hodgkin. El linfoma de Hodgkin es un tipo de cáncer del sistema linfático, el cual es parte del sistema inmune, y que está compuesto por órganos y tejidos que producen, almacenan o transportan linfocitos (glóbulos blancos) para combatir enfermedades e infecciones (St. Jude Children's Research Hospital, 2018).

Por otra parte, según Sant Joan de Déu (2024), en el linfoma de Hodgking se pueden manifestar una diversidad de síntomas, siendo el aumento indoloro de ganglios linfáticos como su síntoma característico. Algunos de los síntomas y signos se presentan enseguida:

- Pérdida de peso inexplicable.
- Sudoración nocturna.
- Tos o dificultad para respirar.
- Dolor en el pecho.
- Sensación de fatiga.

Además, para tratar el linfoma de Hodgkin se tiene que tomar en cuenta si se trata del Linfoma de Hodgking Clásico (cHL) o el Linfoma de Hodgking con predominio nodular

(NLPHL). En caso de ser cHL, en ocasiones se combina la quimioterapia junto con la radioterapia (de dosis bajas); y, si se trata del NLPHL, el tratamiento puede basarse en cirugía o quimioterapia (American Cancer Society, 2022).

1.1.5.7 Meduloblastoma. Klawinski (2024) señala que, el meduloblastoma es un tipo de tumor maligno que se desarrolla en el cerebelo (parte del cerebro próximo a la base del cráneo).

Es decir, el meduloblastoma hace referencia al tumor cerebral ubicado en el cerebelo, el cual controla el equilibrio, la coordinación y funciones motoras complejas (Boston Children's Hospital, 2025).

Mayo Clinic (2025) informa que, los síntomas pueden aparecer cuando el tumor crece o cuando ejerce más presión en el cerebro; llegando a iniciar antes del diagnóstico de cáncer, permanecer durante meses o hasta después del tratamiento. Estos son algunos de los signos y síntomas:

- Náuseas.
- Mala coordinación.
- Marcha inestable.
- Visión doble.
- Vómitos.

Por consiguiente, al realizar un tratamiento se debe considerar la edad del paciente, el tamaño del tumor y su tipo de células, entre otros aspectos. Además, se puede tratar mediante una combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia (Children's Minnesota, 2025).

1.1.5.8 Histiocitosis. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es un trastorno en el cual el cuerpo produce células dendríticas de manera desmesurada, estas células cumplen su función en el sistema inmunitario en el organismo. Por otro lado, las células de Langerhans se localizan en la piel, pulmones, estómago e intestinos; y, aunque la HCL no es un cáncer (puede presentar similitudes con algunos tipos de cáncer), las células de Langerhans se pueden acumular en algunos tejidos ocasionando daño (St. Jude Children's Research Hospital, 2025).

De acuerdo con Gotwals et al. (2023), dentro de los signos y síntomas que se presentan en la histiocitosis son:

- Dolor en el vientre o en los huesos.
- Ictericia (piel y ojos con coloración amarillenta).
- Problemas de tiroides.
- Problemas de equilibrio, comportamiento o memoria.
- Encías inflamadas y pérdida de dientes.

Asimismo, para llevar a cabo un tratamiento se debe tener presente el lugar en donde se ubican estas células y el tipo de HCL. Ahora bien, los tipos de tratamiento pueden ser quimioterapia, cirugía, radioterapia, inmunoterapia, trasplante de células madre, entre otros (Instituto Nacional del Cáncer, 2025).

1.1.5.9 Pinealoblastoma. Conforme a St. Jude Children's Research Hospital (2018), el pinealoblastoma es un tumor que se desarrolla en la glándula pineal ubicada en el cerebro, la cual produce la hormona melatonina que controla el sueño. Además, señala que los signos y síntomas

presentados dependerán del tamaño del tumor y la dispersión de este en otras partes del cerebro; estos son algunos síntomas y signos:

- Hidrocefalia (acumulación de presión dentro del cráneo).
- Náuseas y vómitos.
- Fatiga.
- Problemas de movimiento, equilibrio o coordinación.
- Cambio en el movimiento de los ojos.

Finalmente, las opciones de tratamiento para los tumores de la región pineal son la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

1.2 Calidad de Vida en Niños

1.2.1 Definiciones Conceptuales de Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto complejo que abarca elementos psicológicos, emocionales, espirituales, físicos, sociales, educativos y laborales (García, 2005). Asimismo, se constituye por las condiciones objetivas de vida (tanto del individuo como de su contexto), el bienestar subjetivo (la satisfacción personal), y los valores personales (Gómez, 2000). Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, la calidad de vida es la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive, así como de su relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (World Health Organization, 2025).

Asimismo, al referirse a la calidad de vida de un paciente se puede mencionar la diferencia entre la expectativa y la realidad que presenta, en otras palabras, en cuanto mayor

sea la diferencia entre la expectativa y la realidad, su calidad de vida se verá mayormente afectada (Castañeda et al., 2015).

La calidad de vida cobra mayor importancia al tener presente las consecuencias que los tratamientos médicos, que suelen ser agresivos, tienen en la autonomía de la persona enferma y que afecta a su bienestar físico, mental y social (Ferriols et al., 1995).

1.2.2 Instrumentos de Evaluación de Calidad de Vida

1.2.2.1 Inventario InCaViSa. “El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) se construyó con el objetivo de medir la calidad de vida en pacientes, en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones” (Riveros et al, 2009).

Además, derivado de la segunda versión del instrumento, se readaptó el inventario y los reactivos nuevos estuvieron a prueba a través del análisis de confiabilidad y discriminabilidad por prueba a cada reactivo, entre valores en calidad de vida global. Siendo así que, con base a los análisis finales, se reveló que el instrumento se compone de doce áreas, de las cuales cada una cuenta con cuatro reactivos (Riveros et al, 2009).

Sin embargo, Riveros et al. (2009) mencionan que, se mantuvieron cinco reactivos que por sí mismos no se correlacionaron con alguna área, pero que pueden proporcionar información importante tanto de la calidad de vida como de la percepción general de salud.

Por otro lado, desde el diseño pre-post tratamiento, este inventario es eficiente para evaluar el efecto de las intervenciones dirigidas hacia la mejora de la calidad de vida. Asimismo,

es un inventario válido, confiable y sencillo de aplicar, el cual su duración presenta una duración entre 15 y 20 minutos (Riveros et al., 2009).

Asimismo, los impactos derivados de la enfermedad pueden influir en la calidad de vida del paciente. A continuación, se presenta una serie de áreas que integran el Inventario de Calidad de Vida y Salud (2009), el cual evalúa diferentes aspectos de la vida del paciente.

- **Preocupaciones:** cambios derivados del proceso de enfermedad.
- **Desempeño físico:** capacidad de percibirse a sí mismo al realizar actividades cotidianas.
- **Aislamiento:** sentimientos de soledad o de separación.
- **Percepción corporal:** grado de satisfacción o insatisfacción ante el aspecto físico.
- **Funciones cognitivas:** problemas de memoria y concentración.
- **Actitud ante el tratamiento:** desagrado derivado al tratamiento médico.
- **Tiempo libre:** percepción ante al disfrute de actividades recreativas.
- **Vida cotidiana:** grado de satisfacción o insatisfacción ante los cambios de rutina.
- **Familia:** apoyo emocional por parte de la familia.
- **Redes sociales:** recursos de la persona para resolver problemas.
- **Dependencia médica:** grado de responsabilidad depositada en el personal de salud.
- **Relación con el médico:** grado de comodidad con la atención del personal de salud.

1.2.2.2 KIDSCREEN-52. El KIDSCREEN-52 fue elaborado entre la colaboración de 13 países con el objetivo de evaluar la calidad de vida en la población infantil y adolescente correspondiente a la Unión Europea, de tal manera que se promocionó un instrumento

multicultural y adecuado a los requerimientos de la Unión Europea (Galán y Díaz, 2021). Para posteriormente, ser adaptada a la población en Latinoamérica.

Este cuestionario se puede utilizar para evaluar la salud subjetiva y el bienestar mental, psicológico y social de niños y adolescentes entre los 8 y 18 años (Salud Pública Infantil, 2025). Además, puede aplicarse de manera autoadministrada o asistida en formato de cuestionario, ya sea de forma individual o grupal; y, el tiempo requerido para su aplicación consta entre 15 y 20 minutos. No obstante, se recomienda la supervisión de un profesional para resolver dudas y garantizar la calidad de las respuestas.

El KIDSCREEN-52 es un cuestionario utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes. Este cuestionario cuenta con 52 ítems en diez dimensiones de CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud) según la escala de Rasch, siendo así la versión más detallada asociada a los cuestionarios KIDSCREEN (Salud Pública Infantil, 2025).

Estas dimensiones fueron adaptadas al español por Aymerich et al. (2005) y, posteriormente validadas en México por Hidalgo-Rasmussen et al. (2014). A continuación, se presentan las diez dimensiones que mide el KIDSCREEN-52:

- **Bienestar físico** (5 artículos): la percepción del nivel de energía, la capacidad para ejecutar actividades cotidianas y la ausencia de dolor o malestar físico.
- **Bienestar psicológico** (6 artículos): el grado de satisfacción personal, los pensamientos positivos acerca de uno mismo y el equilibrio emocional.
- **Estados de ánimo y emociones** (7 elementos): la frecuencia con la que se experimentan emociones positivas y negativas.

- **Autopercepción** (5 elementos): la valoración de la propia imagen corporal, las habilidades y competencias personales.
- **Autonomía** (5 artículos): el nivel de independencia, la sensación de libertad en la vida diaria y las oportunidades para tomar decisiones.
- **Relaciones entre padres y vida familiar** (6 artículos): la calidad de la comunicación, el apoyo emocional y el clima familiar que es percibido por el niño o adolescente.
- **Recursos financieros o económicos** (3 artículos): la percepción de la disponibilidad de recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades básicas, y participar en actividades recreativas.
- **Compañeros y apoyo social** (6 artículos): la frecuencia y calidad de las interacciones con amigos y compañeros, así como la percepción de apoyo social fuera del entorno familiar.
- **Ambiente escolar** (6 artículos): la percepción del ambiente educativo, relación con los docentes, la satisfacción con la experiencia escolar y la adaptación al centro.
- **Bullying o aceptación social** (3 artículos): las experiencias de exclusión, maltrato o burlas por parte de iguales dentro del contexto social o escolar.

1.2.2.3 PedsQL Cancer Module. El Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) es un inventario diseñado para medir la calidad de vida asociada con la salud en la población pediátrica, la cual evalúa la dimensión física, social, emocional y escolar a través de ítems específicos con escala Likert de cinco puntos referidos al último mes. Este inventario fue desarrollado por James W. Varni y colaboradores hacia finales de los 90's como un modelo de medición estandarizado para niños y adolescentes entre los 2 y 8 años, con dos versiones: autorreporte (5 a 18 años) y proxy parental (2 a 18 años).

La versión en español se obtuvo a través de la traducción directa e inversa y de la evaluación de propiedades psicométricas en la población española por González-Gil et al. (2012). Y, para el contexto mexicano, Hidalgo-Rasmussen et al. (2014) ejecutaron la adaptación, demostrando equivalencia de contenido, validez de constructo y confiabilidad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.

Este inventario se puede aplicar de forma autoadministrada o asistida, tanto de manera individual como grupal, con un tiempo estimado de cinco a diez minutos según la edad y la supervisión disponible. Además, éste consta de 23 ítems que están distribuidos en cuatro dimensiones: funcionamiento físico (8 ítems), funcionamiento emocional (5 ítems), funcionamiento social (5 ítems) y funcionamiento escolar (5 ítems).

Ahora bien, el PedsQL Cancer Module es una extensión del PedsQL dirigida para medir la calidad de vida asociada con la salud en niños y adolescentes con cáncer, ésta evalúa los síntomas oncológicos, los efectos secundarios del tratamiento y las preocupaciones psicosociales mediante 27 ítems en una escala Likert de cinco puntos referida al último mes (Ramírez-Zamora et al., 2015; Varni et al., 2002). Este módulo se aplica a niños de 2 a 18 años, y cuenta con la versión de autorreporte (5 a 18 años) y de reporte proxy parental (2 a 4 años); y, el tiempo estimado de su aplicación es entre 5 y 10 minutos dependiendo de la edad del niño y la modalidad de administración.

La adaptación transcultural al español colombiano se llevó a cabo siguiendo el algoritmo de Mapi Research Trust por Fontibón et al. (2016), con la versión final completada en el 2016 y publicada en el 2017.

El informe para padres de niños pequeños (de 2 a 4 años) está compuesto por 25 ítems que comprenden 8 dimensiones:

- **Pain and Hurt** (2 ítems): dolor y malestar físico.
- **Nausea** (5 ítems): intensidad y frecuencia de náuseas.
- **Procedural Anxiety** (3 ítems): ansiedad relacionada con procedimientos médicos.
- **Treatment Anxiety** (3 ítems): preocupaciones ante el tratamiento.
- **Worry** (3 ítems): inquietudes por la salud y el futuro.
- **Cognitive Problems** (3 ítems): dificultades de atención y de memoria.
- **Perceived Physical Appearance** (3 ítems): percepción de cambios en la apariencia.
- **Communication** (3 ítems): capacidad de expresar dudas e inquietudes sobre la enfermedad o cuidado.

De la misma forma, el informe para padres de niños pequeños (de 5 a 7 años) está compuesto por 26 ítems que comprenden 8 dimensiones:

- **Pain and Hurt** (2 ítems): dolor y malestar físico.
- **Nausea** (5 ítems): intensidad y frecuencia de náuseas.
- **Procedural Anxiety** (3 ítems): ansiedad relacionada con procedimientos médicos.
- **Treatment Anxiety** (3 ítems): preocupaciones ante el tratamiento.
- **Worry** (3 ítems): inquietudes por la salud y el futuro.
- **Cognitive Problems** (4 ítems): dificultades de atención y de memoria.
- **Perceived Physical Appearance** (3 ítems): percepción de cambios en la apariencia.
- **Communication** (3 ítems): capacidad de expresar dudas e inquietudes sobre la enfermedad o cuidado.

Finalmente, se encuentran los informes para niños (8 a 12 años), adolescentes (13 a 18 años), adultos jóvenes (18 a 15 años) y adultos (mayores de 26 años), los cuales se componen de 27 ítems que comprenden 8 dimensiones:

- **Pain and Hurt** (2 ítems): dolor y malestar físico.
- **Nausea** (5 ítems): intensidad y frecuencia de náuseas.
- **Procedural Anxiety** (3 ítems): ansiedad relacionada con procedimientos médicos.
- **Treatment Anxiety** (3 ítems): preocupaciones ante el tratamiento.
- **Worry** (3 ítems): inquietudes por la salud y el futuro.
- **Cognitive Problems** (5 ítems): dificultades de atención y de memoria.
- **Perceived Physical Appearance** (3 ítems): percepción de cambios en la apariencia.
- **Communication** (3 ítems): capacidad de expresar dudas e inquietudes sobre la enfermedad o cuidado.

1.2.3 Factores que Influyen en la Calidad de Vida

La calidad de vida en pacientes infantojuveniles con cáncer se puede ver influenciada por una serie de factores psicológicos, emocionales, físicos, sociales y familiares. Es por ello que, en esta sección se presenta una clasificación y descripción de diversos factores que influyen en la calidad de vida en pacientes infantojuveniles con cáncer.

1.2.3.1 Factores Psicológicos y Emocionales. Los factores psicológicos y emocionales hacen referencia al estado afectivo, cognitivo y de afrontamiento que manifiestan los pacientes infantojuveniles con cáncer. Estas variables modulan la percepción

del tratamiento, la motivación y la capacidad para adaptarse al entorno hospitalario (Coosalud, s.f.).

- **Irritabilidad:** tendencia a responder con enojo o mal humor ante los estímulos del entorno; la irritabilidad puede verse vinculada tanto a la fatiga como al dolor crónico (Casallas-Vega et al., 2024).
- **Incertidumbre ante el pronóstico:** preocupación constante sobre el curso de la enfermedad y la posibilidad de recaídas, lo cual eleva la angustia y complica la planificación a mediano y largo plazo (Coosalud, s.f.).
- **Baja autoestima:** percepción negativa de uno mismo; los cambios corporales y la pérdida de cabello (así como otros cambios físicos) afectan la imagen corporal, disminuyendo la confianza (Peña y Villegas, 2020).
- **Ansiedad por procedimientos:** temor anticipatorio ante las intervenciones médicas. Ésta se presenta con mayor frecuencia antes de punciones y quimioterapia, siendo más intensa en niños que en adolescentes (Casallas-Vega et al., 2024).
- **Ansiedad severa:** nivel alto de angustia y preocupación persistente; la ansiedad alcanza picos antes de cada ciclo de tratamiento, limitando la adherencia terapéutica (Coosalud, s.f.).

1.2.3.2 Factores Médicos y Físicos. Esta dimensión agrupa las alteraciones somáticas, los síntomas y las limitaciones funcionales que influyen en el bienestar corporal de los pacientes infantojuveniles con cáncer. Mera et al. (2021) señalan que, estas variables condicionan la energía disponible para las actividades cotidianas, la nutrición y la capacidad de recuperación durante el tratamiento oncológico.

- **Náuseas:** se refiere a la sensación de malestar estomacal con impulso de vomitar. Las náuseas son uno de los síntomas físicos más frecuentes que se asocian a la quimioterapia, y que llegan a afectar la ingesta oral y el estado nutricional (Casallas-Vega et al. 2024).
- **Alteraciones del gusto:** cambios en la percepción del sabor de los alimentos; los niños llegan a describir que los alimentos presentan un sabor metálico o amargo, lo que reduce su interés por comer (Toro y Pérez-Villa, 2021).
- **Déficit de fuerza muscular:** disminución de la capacidad para generar tensión muscular; se asocia a que la quimioterapia y la inactividad prolongada llevan a una marcada pérdida de fuerza en las extremidades (Mera et al., 2021).
- **Trastornos del sueño:** dificultad para iniciar o mantener el sueño; además, el dolor, la ansiedad y los horarios hospitalarios alternados pueden alterar el ciclo de sueño-vigilia (Peña y Villegas, 2020).
- **Cefalea:** dolor de cabeza de intensidad variable; este dolor de cabeza recurrente puede afectar al 60% de los niños en tratamiento, y que interfiere con el desempeño escolar y las actividades diarias (Ramírez-Zamora et al., 2015).
- **Tratamiento:** conlleva continuas hospitalizaciones y diversos procedimientos médicos, lo que puede generar sensación de abandono en los niños y de exclusión hacia el ámbito escolar y social (Erandi AC, 2021).

1.2.3.3 Factores Sociales y Familiares. La dimensión social y familiar incluye al entorno relacional y los recursos disponibles que influyen en la experiencia de la enfermedad. El apoyo, la comunicación y las condiciones socioeconómicas del núcleo familiar son determinantes para el afrontamiento y recuperación (Toro y Pérez-Villegas, 2021).

- **Red de apoyo social:** conjunto de amigos, asociaciones y profesionales que brindan soporte; el apoyo percibido de pares y asociaciones de pacientes se relaciona con mejor salud percibida (Pozo et al., 2015).
- **Carga económica familiar:** aumento de gastos médicos y reducción de ingresos por ausencias laborales; el estrés financiero deteriora el bienestar de todos los miembros de la familia (Trashorras, 2023).
- **Integración social reducida:** disminución de las interacciones con compañeros y actividades grupales; los cambios físicos y el miedo al rechazo provocan aislamiento y pérdida de autoimagen social (Coosalud, s.f.).
- **Estrés familiar:** tensión crónica derivada de la enfermedad de un miembro. El estrés de los padres y cuidadores impacta de manera negativa la calidad de vida del niño (Pozo et al., 2015).
- **Ausentismo escolar:** falta recurrente a la escuela debido a las hospitalizaciones y consultas. El ausentismo superior al 80% afecta el desarrollo académico y la socialización (Toro y Pérez-Villa, 2021).

1.3 Psicooncología Pediátrica

1.3.1 *Historia de la Psicooncología*

La relación entre la oncología y la psicología surgió hace 70 años aproximadamente. Siendo que, la psiquiatra Holland toma un papel importante dentro de los servicios de psiquiatría, lo que la llevaría a ser conocida como la fundadora de la psicooncología; debido a que, Holland aportó evidencias acerca del vínculo entre la oncología y la psicología.

Posteriormente, a lo largo de 1970 la psicooncología tuvo un comienzo de manera formal cuando fue posible comunicarles a los pacientes sobre su diagnóstico de cáncer y las consecuencias en su vida (Holland, 2002).

Ahora bien, se puede mencionar que la psicooncología surgió gracias a la necesidad de brindar apoyo emocional a las personas enfermas. Para ello, Holland y Gooen-Piels (2003) señalan que, un psicólogo debe trabajar la dimensión emocional con el paciente y sus cuidadores a lo largo de su enfermedad, así como detectar e intervenir en las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales que se asocian con la calidad de vida y la supervivencia del paciente.

1.3.2 Definición

La psicooncología es una rama de la psicología, medicina y sociología, es decir, la psicooncología es un área de conocimiento multidisciplinar que toma como referencia el modelo biopsicosocial para promover servicios oncológicos de forma eficaz y de calidad. Por lo que, se dedica a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos del paciente con cáncer y su familia y/o cuidadores primarios (Durá e Ibañez, 2000; Cruzado, 2003; Galindo et al., 2003).

1.3.3 Importancia de la Intervención Psicooncológica

Como bien se mencionó anteriormente, la psicooncología es una disciplina esencial dentro del tratamiento del cáncer, ya que aborda aspectos emocionales, conductuales, sociales y psicológicos que el paciente y su familia han de enfrentar. Además, se puede mencionar que, el cáncer tiene impacto significativo en la calidad de vida y en el bienestar emocional de la persona

enferma. Por lo que, la intervención psicooncológica le permite al paciente mejorar la aceptación y adaptación a su enfermedad, así como a optimizar la adherencia a los tratamientos médicos.

De igual manera, el psicooncólogo apoya al paciente oncológico gestionar y manejar sus emociones, así como a desarrollar estrategias que le permitan afrontar su enfermedad (Cancun Cancer Institute, 2025).

Además, la psicooncología contribuye en el desarrollo de estrategias que sirven para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, promoviendo una atención más humana y centrada en la persona. Según Spiegel y Giese-Davis (2003), el acompañamiento psicológico dentro de un contexto médico beneficia la relación médico-paciente, de forma que permite que al paciente percibir su tratamiento con mayor confianza y seguridad.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que cada paciente es diferente tanto en su diagnóstico como en la manera de afrontar su situación de enfermedad, por lo cual el psicólogo debe personalizar su psicoterapia y tratamiento, con el objetivo de brindarle una atención especializada, adecuada y eficaz.

1.3.4 Competencias Profesionales del Psicooncólogo

De acuerdo con Gómez-Rojas (2015), las competencias profesionales hacen referencia al nivel en que una persona utiliza sus conocimientos y habilidades con relación a su profesión y ante las diversas situaciones que se pueden presentar en la práctica profesional.

Para ello, el Colegio Colombiano de Psicólogos (2014) divide las competencias en dos tipos, los cuales son las competencias transversales (aquellas presentadas en diversas disciplinas) y las competencias específicas (aquellas pertenecientes a cada campo profesional determinado).

De este modo, el psicooncólogo ha de integrar ambos tipos de competencias dentro de su labor como profesional de la salud; es decir, ha desarrollar competencias transversales tales como la ética y los valores, el respeto por la dignidad de las personas y el manejo de información de manera confidencial y, por otro lado, las competencias específicas del psicólogo que abarcan el análisis de las necesidades, la evaluación y diagnóstico, y el diseño e implementación de programas de intervención, entre otras competencias.

Asimismo, conforme a Cruzado (2016), se indican algunas de las competencias profesionales que el psicooncólogo ha de presentar:

- Conocimientos clínicos oncológicos que abarquen la etiología, la epidemiología, los factores de riesgo, los tratamientos médicos, entre otros.
- Manejo del modelo biopsicosocial, y de los factores legales, deontológicos y bioéticos.
- Conocimiento de los factores psicológicos y sociales que influyen en el bienestar y en la calidad de vida del paciente y de su familia.
- Capacidad de comunicación y de trabajo inter y multidisciplinar, así como con el paciente y su familia.
- Habilidades de evaluación, de diagnóstico y de intervención clínica ante las diversas problemáticas psicológicas manifestadas en el paciente y su familia.

1.3.5 Intervención del Psicólogo Oncológico en la Enfermedad Oncológica

La intervención del psicooncólogo depende de la evolución de la enfermedad del paciente. Sin embargo, se pueden señalar las siguientes fases en las que el profesional en la salud mental y emocional ha de desempeñar su labor:

1.3.5.1 Fase de Diagnóstico. Esta fase comprende un período de incertidumbre por parte del paciente y de su familia, en donde la tarea principal del psicooncólogo es detectar las necesidades psicológicas, emocionales, espirituales y sociales que estén manifestando, con el fin de orientarlos (Psicomagister, 2025).

Alonso y Bastos (2011), Malca (2005), y Rojas-May (2006), señalan a continuación algunas de las acciones que el profesional ha de realizar en esta fase:

- Estudiar la historia clínica del paciente y su historia familiar.
- Centrar las primeras sesiones en la evaluación de las necesidades psicológicas del paciente.
- Ofrecer apoyo y asesoras al paciente y su familia ante la percepción de la enfermedad.
- Brindar herramientas y recursos de afrontamiento al paciente y su familia.

1.3.5.2 Fase de Tratamiento. Durante esta fase, el paciente experimenta una serie de efectos secundarios ocasionados por el tratamiento médico para su enfermedad, debido a ello puede desencadenar alteraciones psicológicas y emocionales. Malca (2005) indica que, en esta fase el psicooncólogo ha de potenciar las estrategias de afrontamiento para que el paciente y su familia se adapten a la enfermedad y sobrellevar la incertidumbre.

De lo cual, Alonso y Bastos (2011), y Rojas-May (2006) mencionan que el psicooncólogo se encarga de las acciones siguientes:

- Fomentar estilos de afrontamiento en el paciente y su familia.
- Trabajar los conflictos emocionales y conductuales que presenta el paciente.
- Disminuir la relación de estímulos que el paciente elabora ante sus tratamientos.
- Validar la experiencia y emociones del paciente ante su enfermedad.
- Trabajar de manera activa y colaborativa para mantener la calidad de vida del paciente.

1.3.5.3 Fase de Remisión. En esta fase, la labor del psicooncólogo es apoyar al paciente y su familia a exteriorizar sus conflictos emocionales estando en un período libre de la enfermedad, ya que existe la posibilidad de presentar la enfermedad nuevamente. Alonso y Bastos (2011), Malca (2005), y Rojas-May (2006) destacan algunas de las acciones que el profesional de la salud mental ha de ejecutar:

- Facilitar la expresión emocional tanto en el paciente como en su familia.
- Trabajar con el paciente el “aquí y ahora”, es decir, que el paciente se ubique en el momento presente en donde no presenta la enfermedad.
- Proporcionar estrategias y recursos para que el paciente pueda reincorporarse a la vida diaria.
- Fomentar una comunicación abierta y fluida entre el paciente y su familia.
- Fomentar la comunicación paciente-médico.

1.3.5.4 Fase de Supervivencia. Esta fase menciona la etapa posterior al tratamiento médico, en la cual existe la posibilidad de presentar una recidiva. MD Anderson Cancer Center (2025) menciona que, en esta fase los pacientes han de acudir con su médico oncólogo cierto número de veces (de dos a cuatro veces aproximadamente) dependiendo de su situación de enfermedad. Por consiguiente, se pueden manifestar dificultades psicológicas en los pacientes como comparaciones con otros enfermos, problemas de adaptación, culpa (asociada al Síndrome del superviviente), entre otros.

Para ello Die y Vecino (2003), Alonso y Bastos (2011), y Rojas-May (2006) comentan algunas de las actuaciones psicológicas recomendadas en esta fase:

- Apoyar al paciente a adaptarse a las secuelas (físicas, psicológicas y sociales) ocasionadas por la enfermedad.
- Orientar con el paciente y su familia a la reincorporación a la vida cotidiana.
- Trabajar con el paciente a ver el significado y sentido del cáncer en su vida.
- Apoyar al paciente a manejar las emociones derivadas en esta etapa y, a la modificación conductual de los estímulos asociados al tratamiento, hospital.
- Asistir al paciente en la rehabilitación psicológica asociada a los conflictos emocionales.

1.3.5.5 Fase de Recidiva. La fase de recidiva se caracteriza por la reaparición de síntomas y signos de la enfermedad, los cuales suelen tener mayor impacto a nivel psicológico y físico. Además, el paciente puede experimentar enojo, miedo, fracaso, falta de control y de seguridad, ansiedad y depresión; siendo que, en ocasiones puede proyectar estas emociones y perspectivas en el personal de la salud. De acuerdo con Alonso y Bastos (2011), Malca (2005), y Rojas-May

(2006), se presentan algunas intervenciones recomendadas que el psicooncólogo puede implementar en esta fase:

- Brindar pautas para que el paciente pueda hablar de manera abierta acerca de su situación médica. Y solicitar información con el profesional médico correspondiente.
- Mantener una escucha activa y relación de empatía y confianza.
- Trabajar con paciente y su familia para que puedan tener una buena comunicación.
- Orientar al paciente para que se permita expresar y validar sus emociones.
- Facilitar técnicas y estrategias que permitan la disminución de estrés, ansiedad, desesperación, entre otros.

1.3.5.6 Fase Terminal o Final de la Vida. Esta fase menciona la muerte y el duelo, abordándose desde los cuidados paliativos en el paciente y en el trabajo con los familiares en el tema de la aceptación y el manejo del duelo. Como indica Malca (2005), en esta fase existe un cambio en el objetivo de la terapia, en donde antes se enfocaba en curar ahora se hace énfasis en cuidar al paciente. Cabe señalar que, las reacciones psicológicas y emocionales que el paciente y su familia manifiestan suelen ser de mayor intensidad, tales como la negación, rabia, agresividad, depresión, miedo, aislamiento, entre otros.

Por lo cual, el trabajo del psicooncólogo ha de basarse en brindar una mejor calidad de vida al paciente y su familia, así como ofrecer estrategias de afrontamiento y abordar las necesidades espirituales. A continuación, Schröder (2003), Malca (2005), y Rojas-May (2006), enlistan una serie de actuaciones que el profesional ha de implementar.

- Detectar y atender las necesidades sociales y psicológicas en el paciente y su familia.

- Potenciar las estrategias de afrontamiento que apoyen a aceptar la muerte.
- Diagnosticar y tratar las psicopatologías propias de esta fase (delirios, depresión, somatización, etc.).
- En caso de solicitado, se aconseja apoyar en la elaboración de un plan de vida para facilitar el desapego de las etapas vividas, beneficiando el enfoque en el momento presente tanto de su entorno ambiental, como social y familiar.
- Apoyar en el control del dolor y los síntomas físicos.

1.4 Modelos de Atención Psicológica

La calidad de vida en pacientes pediátricos oncológicos se relaciona con las dimensiones físicas, sociales y emocionales, las cuales pueden verse alteradas debido al diagnóstico y tratamiento implementado para tratar el cáncer. En este contexto, los modelos teóricos de calidad de vida permiten comprender, evaluar y mejorar el bienestar del paciente infantil con cáncer, proporcionando marcos conceptuales que orienten la investigación e intervención clínica.

Estos modelos se basan en teorías psicológicas, médicas y sociales que permiten explicar cómo los niños perciben su estado de salud, así como la forma de afrontar su tratamiento y la manera de adaptarse a los cambios ocasionados por la enfermedad.

De acuerdo con Alonso y Bastos (2011), se realizan distintas intervenciones psicológicas durante la enfermedad, las cuales tienen como objetivo mantener la calidad de vida en el paciente. Además, para realizar las debidas intervenciones con el paciente es importante tener en cuenta su estilo de afrontamiento ante situaciones difíciles, su personalidad y su red de apoyo.

Ahora bien, un modelo de atención psicológica es un marco estructurado que manifiesta los fundamentos teóricos, las etapas de intervención y las técnicas específicas que emplea el profesional para evaluar, prevenir y tratar las dificultades emocionales y de conducta del paciente. Incluye la definición de roles, objetivos terapéuticos, criterios de selección de métodos y procedimientos de seguimiento, de modo que cada fase (evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención) siga una lógica coherente y adaptada a las necesidades del individuo (Bados, 2008).

Los tipos de modelos psicológicos que se pueden encontrar son los siguientes:

- **Modelo Biomédico:** explica los trastornos en términos biológicos.
- **Modelo Cognitivo:** describe la influencia de pensamientos en emociones y conductas.
- **Modelo Conductual:** basado en el aprendizaje y condicionamiento.
- **Modelo Biopsicosocial:** integra factores biológicos, psicológicos y sociales.
- **Modelo Ecológico:** estudia al individuo en interacción con su contexto.
- **Modelos Integrativos:** combinan elementos de distintos enfoques (Engel, 1977; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Por tanto, contar con un modelo de atención dentro de los contextos clínicos permite brindar intervenciones sistemáticas y basadas en la evidencia, lo cual es fundamental para garantizar calidad, coherencia y continuidad en el tratamiento. De modo que, para poblaciones vulnerables como niños y adolescentes con cáncer, estos modelos facilitan la coordinación multidisciplinaria y la integración de estrategias psicoeducativas, psicosociales y de contención emocional, contribuyendo a la disminución del sufrimiento, la mejora de la adherencia al tratamiento y a la promoción de la resiliencia familiar (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Así pues, la relevancia de estos modelos en oncología pediátrica radica en su capacidad para crear un espacio seguro en donde el menor y su familia puedan expresar temores y ansiedades, así como para enseñarles habilidades de afrontamiento. Estudios demuestran que las intervenciones centradas en apoyo emocional, manejo del dolor y fortalecimiento de competencias psicosociales disminuyen significativamente los síntomas de ansiedad, facilitan la adaptación al tratamiento y favorecen la calidad de vida durante y después de la enfermedad (Barroso-Fontanals et al., 2024; Pérez y Daniel, 2006).

A continuación, se presentan algunos de los modelos de atención psicológica que pueden ser aplicados en pediatría oncológica:

1.4.1 Modelo Biopsicosocial

El Modelo Biopsicosocial propone que la enfermedad no solo se entiende desde la biología, sino como el resultado entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En pediatría oncológica, este modelo integra el estado físico del niño, sus procesos emocionales y su entorno familiar y comunitario (Engel, 1977).

Para ello, este modelo cuenta con las siguientes características:

- **Visión holística:** aborda síntomas físicos, emocionales y sociales.
- **Integración de equipo interdisciplinario:** psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores, entre otros.
- **Evaluación continua:** monitoreo de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.
- **Intervenciones complementarias:** psicoeducación, terapia familiar y grupos de apoyo.

Además, puede ser implementado en cualquier etapa del tratamiento en niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; y en unidades hospitalarias de onco-hematología pediátrica y en programas ambulatorios de seguimiento (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

1.4.2 Modelo Humanista

El Modelo Humanista está basado en la Terapia Centrada en la Persona de Rogers (1957); y en el contexto infantojuvenil, este modelo hace énfasis en la dignidad humana, la autonomía y el potencial de crecimiento de cada niño, ofreciendo un espacio seguro en donde pueda expresar sus emociones y reforzar su sentido de pertenencia.

Lo que caracteriza a este modelo es que la relación terapéutica se basa en la aceptación incondicional, es decir, el terapeuta valida las experiencias del niño sin emitir juicios; en la empatía activa y genuina, ya que ofrece una comprensión profunda del mundo interno del niño; autenticidad por parte del terapeuta debido a la existencia de la congruencia en la relación terapéutica; y, la búsqueda de sentido y desarrollo del potencial humano.

En otras palabras, se puede señalar que este modelo fomenta la resiliencia y la autoeficacia, el afrontamiento positivo y sentido de esperanza, y fortalece la autoestima en pacientes pediátricos. Sin embargo, cabe destacar que, no puede abordar directamente síntomas clínicos específicos (tales como la ansiedad severa, cefaleas, entre otros) y, que depende en gran medida de la relación terapéutica.

No obstante, puede implementarse con niños y adolescentes en fases iniciales del diagnóstico o que atraviesan ansiedad, miedo (temores anticipatorios) o cuestionamientos existenciales (Rogers, 1957).

1.4.3 Modelo Ecológico

El Modelo Ecológico, inspirado en la Teoría de Sistemas de Bronfenbrenner (1979), explica el desarrollo humano considerando los diferentes sistemas de influencia (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), lo que permite comprender cómo el cáncer afecta al niño dentro un contexto social. En otras palabras, este modelo sitúa al niño en un sistema de relaciones que abarca la familia, la escuela, el hospital y la comunidad, reconociendo cómo cada nivel influye en su adaptación al cáncer.

Algunas de las características que presenta este modelo son:

- Niveles de intervención: microsistema (familia, hospital), mesosistema (interacción familia-escuela), exosistema (servicios de salud) y macrosistema (políticas sanitarias y contexto cultural).
- Atención al entorno: formación a docentes, apoyo a hermanos y redes de voluntariado, es decir, promueve las intervenciones a distintos niveles.

La ventaja de este modelo es que reconoce el papel del entorno en la adaptación del niño con cáncer, refuerza la red de apoyo social y reduce el aislamiento del niño. Aunque, también presenta cierto grado de complejidad para coordinar los distintos niveles de intervención (personas, grupos e instituciones) y depende de políticas y recursos comunitarios.

1.4.4 Modelo de Atención Paliativa Pediátrica

Este modelo, relacionado con la Organización Mundial de la Salud (2018) y Himmelstein (2006), define los cuidados paliativos como la atención activa de los síntomas físicos, emocionales y espirituales de los niños con enfermedad limitante de la vida y su familia, desde el diagnóstico (Medina-Sansona et al. 2013).

Siendo así, se orienta al alivio del sufrimiento y a la mejora de la calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedades oncológicas avanzadas; e incluye la atención psicológica, médica, social y espiritual. Asimismo, Medina-Sansona et al. (2013), menciona que puede implementarse con niños y adolescentes con cáncer en etapas avanzadas o terminales o que presentan recaídas.

Estas son algunas de las características del presente modelo:

- **Equipo multidisciplinario:** pediatras, psicólogos, enfermeras, médicos especialistas, entre otros.
- **Manejo integral de los síntomas físicos y emocionales:** dolor, náuseas, fatiga, alteraciones de sueño, miedo, ansiedad...
- **Acompañamiento en duelo anticipado:** apoyo psicosocial y espiritual a pacientes y familiares.

Este modelo tiene como beneficio brindar alivio integral del sufrimiento físico y emocional, mejorar la calidad de vida a corto y largo plazo, y apoyar a la familia en el proceso de enfermedad y duelo. A pesar de ello, puede presentar resistencias y estigmas hacia la aceptación de la muerte, requiere de formación especializada en cuidados paliativos pediátricos, y requiere de recursos humanos y materiales que pueden limitados en cuanto a su disponibilidad.

1.4.5 Modelo de Intervención Breve Focalizada

Este modelo menciona distintos autores, tales como Malan (1963), Cormier y Cormier (1994), y Steve de Shazer y Insoo Kim Berg (1980), Milton Erikson y Gregory Bateson (Siglo XX), entre otros. El Modelo de Intervención Breve Focalizada propone sesiones generalmente entre 5 y 20 encuentros centrados en objetivos concretos definidos en conjunto con el niño y su familia, orientados a la mejora de la adaptación emocional y a la resolución de dificultades puntuales (Arranz et al., 2004). Es decir, se basa en intervenciones breves centradas en un problema específico, y que cuenta con objetivos claros y con un tiempo delimitado.

Se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Establecimiento de metas claras en la primera sesión.
- Uso de técnicas cognitivo-conductuales, de resolución de problemas y de estrategias de afrontamiento.
- Evaluación del progreso en cada encuentro.
- Centrarse en el presente y el futuro, más que en el pasado.

A pesar de que este modelo no profundiza trastornos emocionales o problemáticas complejas y de que exista el riesgo de priorizar la rapidez sobre la profundización terapéutica; permite realizar intervenciones prácticas y rápida, se puede adaptar a distintas etapas de la enfermedad y, puede ser útil en contextos hospitalarios en donde el tiempo es limitado.

Por tanto, este modelo puede ser implementado con niños y adolescentes que presentan angustia anticipatoria, dificultades de afrontamiento o estrés situacional relacionado con procedimientos médicos (Arranz et al. 2004), y que presentan crisis emocionales relacionadas con el diagnóstico, hospitalización o tratamiento.

1.4.6 Modelos de Intervención en Crisis

El modelo se basa en el Enfoque de Prevención de Crisis de Caplan (1964), refinado por Aguilera (1998) y posteriormente por Roberts (2005). Este modelo ofrece apoyo inmediato tras eventos estresantes (como lo puede ser el diagnóstico, la recaída o complicaciones), con el fin de restablecer el equilibrio emocional y prevenir trastornos posteriores.

Dentro de sus características se encuentran:

- Atención urgente y puntual: ideal en las primeras 72 horas tras el evento.
- Evaluación rápida del estado emocional y recursos de afrontamiento.
- Intervenciones de estabilización: escucha activa, validación emocional y definición de pasos inmediatos.
- Derivación a seguimiento si persisten síntomas.
- Intervención breve, inmediata y centrada en la crisis, que incluye apoyo emocional, psicoeducación y fortalecimiento de redes de apoyo.

Cabe destacar que este modelo no sustituye el tratamiento psicológico a medio y largo plazo, depende de la disponibilidad inmediata del personal entrenado y que presenta efectos limitados a corto plazo. A pesar de ello, responde rápidamente a las necesidades emocionales, previene el desarrollo de psicopatologías posteriores y la descompensación emocional aguda, y es útil en momentos de alta vulnerabilidad.

Finalmente, el modelo puede ser implementado con niños, adolescentes y familias tras el diagnóstico inicial, complicaciones agudas o en crisis familiares relacionadas con el tratamiento oncológico (Caplan, 1964; Roberts, 2005); y, puede ser aplicado en hospitales, emergencias y servicios oncológicos.

1.5 Enfoques Psicológicos en Oncología Pediátrica

La atención psicológica se sustenta en marcos teóricos y metodológicos que orientan el proceso de intervención con individuos, familias y comunidades. Estos marcos, conocidos como enfoques psicológicos, proporcionan un andamiaje conceptual que guía la formulación de objetivos, la selección de técnicas y la evaluación de resultados.

Lejos de tratarse de recetas rígidas, los enfoques psicológicos constituyen sistemas cohesionados de principios, hipótesis y estrategias que se ajustan a las necesidades particulares de cada persona y contexto (Bados, 2008). Por tanto, comprender la naturaleza, el surgimiento y la evolución de estos enfoques resulta esencial para diseñar intervenciones sólidas, éticamente responsables y basadas en la evidencia.

En otras palabras, el enfoque psicológico funciona como una lente desde la cual se interpreta la experiencia subjetiva y la conducta, lo que permite organizar la práctica clínica y la investigación (Corey, 2021).

A lo largo del siglo XX, la psicoterapia se vio marcada por el surgimiento de distintas corrientes, cada una enfocada en dimensiones específicas de la experiencia humana. El psicoanálisis freudiano, pionero al explorar el inconsciente y las dinámicas intrapsíquicas, abrió paso a un profundo interés por los procesos internos y los conflictos estructurales (Freud, 1900).

Posteriormente, el conductismo redirigió la atención hacia las conductas observables y las leyes del aprendizaje, ofreciendo herramientas precisas de modificación de conducta mediante refuerzos y condicionamientos (Skinner, 1938). La terapia cognitivo-conductual, a su vez, integró la dimensión cognitiva, enfatizando la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos para reestructurar esquemas mentales disfuncionales (Beck, 1967).

En paralelo, las corrientes humanistas y sistémicas ampliaron la mirada al potencial de crecimiento personal y a los sistemas de relación, respectivamente, consolidando un panorama diversificado de posibilidades terapéuticas.

Este abanico de enfoques ha enriquecido la práctica clínica, permitiendo adaptar la intervención a variables como la etapa de ciclo vital, la cultura y la gravedad del malestar psicológico. La elección de un enfoque no es un acto arbitrario o al azar, sino el resultado de un análisis cuidadoso de la situación, las metas terapéuticas y las características del paciente (Norcross y Wampold, 2011).

Además de criterios clínicos, factores como la validación empírica y la formación del terapeuta influyen en la efectividad de la intervención. La literatura señala que la alianza terapéutica y la congruencia técnica-teórica juegan un papel determinante en los resultados, independientemente del enfoque específico adoptado (Lambert y Barley, 2001).

En poblaciones vulnerables, como niños y adolescentes con cáncer, la aplicación de enfoques psicológicos cobra una importancia aún mayor. El diagnóstico oncológico en la infancia y la adolescencia no solo implica un reto médico, sino también un proceso lleno de estrés, incertidumbre y posibles traumas emocionales. Estudios en psicooncología pediátrica destacan la eficacia de intervenciones basadas en terapia de juego para facilitar la expresión de emociones, de la terapia cognitivo-conductual para manejar la ansiedad ante los procedimientos médicos, y de las terapias familiares para fortalecer la red de apoyo y mejorar la adaptación familiar (Kazak et al., 2004; Phipps, 2011).

A continuación, se presentan los distintos enfoques psicológicos aplicados en psicoterapia:

1.5.1 Enfoque Cognitivo-Conductual

El Enfoque Cognitivo Conductual surgió en Estados Unidos a mediados del Siglo XX, como una síntesis de los principios del conductismo y la psicología cognitiva, centrado en la modificación de pensamientos automáticos y comportamientos disfuncionales mediante intervenciones breves y estructuradas (Ellis, 1955; Beck, 1967).

De esta forma, Albert Ellis sentó las bases de la Terapia Racional Emotiva Conductual en 1955 en Nueva York, enfocándose en la relación entre creencias irracionales y emociones (Ellis, 1955). Posteriormente, Aaron T. Beck desarrolló la Terapia Cognitiva en 1967 en la Universidad de Pennsylvania, estableciendo manuales para la reestructuración de pensamientos negativos (Beck, 1967). Finalmente, Donal Meichenbaum introdujo el Entrenamiento en Inoculación al Estrés en 1977 en la Universidad de Waterloo, enfatizando en la prevención y manejo del estrés postraumático (Meichenbaum, 1977).

Ahora bien, este enfoque se puede definir como una terapia estructurada y de corta duración que integra el análisis de la relación entre pensamientos, emociones y conductas, buscando modificar patrones disfuncionales a través de técnicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva (Ortigosa et al., 2009).

Uno de los autores que adaptó este enfoque a la psicooncología pediátrica es Juan Manuel Ortigosa y sus respectivos colaboradores, quienes publicaron su estudio en 2009, estableciendo protocolos específicos para afrontar el estrés procedimental en niños y adolescentes con cáncer. De esta forma, sus características incluyen sesiones psicoeducativas, asignación de tareas entre encuentros y uso de materiales audiovisuales, entre otros, para facilitar la preparación de los pacientes infantiles a los procedimientos médicos invasivos y el manejo del dolor (Ortigosa et al., 2009).

Las ventajas de este enfoque es que presenta una estructura clara que facilita la evaluación de resultados y un respaldo empírico en el manejo de ansiedad y dolor procedural; sin embargo, requiere cierto nivel de desarrollo cognitivo para aprovechar la reestructuración de pensamiento, y puede resultar demasiado directivo para algunos niños con necesidad de mayor exploración emocional.

No obstante, su relevancia en oncología pediátrica radica en su capacidad para reducir la ansiedad asociada a las pruebas médicas, la mejora de la adherencia al tratamiento y en fortalecer la autoeficacia, relacionada a los aspectos críticos para la continuidad terapéutica (Ortigosa et al., 2009).

1.5.2 Enfoque Psicodinámico o Psicoanalítico

El psicoanálisis nació en Viena a finales del Siglo XIX con Sigmund Freud y Josef Breuer, quienes en 1895 publicaron Estudios sobre la histeria, marcando el inicio del estudio formal del inconsciente (Freud y Breuer, 1895). Posteriormente, en 1900, Freud profundizó esta línea con La interpretación de los sueños, consolidando técnicas como la asociación libre y el análisis onírico (el análisis de los sueños) (Freud, 1900).

Asimismo, Carl Gustav Jung, inicialmente discípulo de Freud, fundó la Psicología Analítica en 1921 con Psychological Types, explorando arquetipos y procesos de individuación, la cual es el proceso del desarrollo de una identidad propia y única para alcanzar una personalidad completa y autónoma (Jung, 1921; The Society of Analytical Psychology, 2025).

Después, Alfred Adler publicó Understanding Human Nature en 1927 y estableció la Psicología Individual, remarcando la motivación de poder y el sentimiento de inferioridad (Adler,

1927). Finalmente, Melanie Klein adaptó el psicoanálisis a la infancia en 1932 con *The Psychoanalysis of Children*, introduciendo la técnica de juego simbólico para acceder al inconsciente infantil (Klein, 1932). Esta técnica del juego permite acceder al mundo interno del niño y a comprender la dinámica de su vida psicológica, ya que a través del juego los pueden comunicar sus conflictos, deseos y miedos (Union Square Practice, 2024).

En resumen, este enfoque se basa en la exploración de procesos inconscientes, conflictos internos y mecanismos de defensa que se relacionan al sufrimiento psicológico, haciendo énfasis en el vínculo terapéutico como herramienta principal para promover la conciencia de dichas dinámicas (Hernández y Guillamón, 2018).

De acuerdo con Hernández y Guillamón (2018), la aplicación de este enfoque en niños y adolescentes con cáncer resulta importante debido a que permite atender las repercusiones psíquicas profundas del cáncer, especialmente en niños pequeños que no pueden verbalizar plenamente su angustia y en adolescentes que enfrentan crisis de identidad ante cambios corporales.

De forma que, se puede aplicar en las fases de adaptación emocional ante el diagnóstico, durante los períodos de mayor aislamiento o cuando surgen trastornos de conducta y afectividad no resueltos.

1.5.3 Enfoque Humanista Existencial

El Enfoque Humanista Existencial se consolidó en Estados Unidos a principios de los años 60 como la “Tercera Fuerza” de la Psicología, en contraste con el psicoanálisis y el

conductismo, poniendo el énfasis en la experiencia subjetiva y la autorrealización (Maslow, 1964; Rogers, 1951). Algunos de los autores principales que se pueden encontrar son:

- **Abraham H. Maslow:** publicó *A Theory of Human Motivation* en 1943; y *Religions, Values, and Peak Experiences* en 1964, destacándose por su jerarquía de necesidades (Maslow, 1943; Maslow, 1964).
- **Carl R. Rogers:** introdujo *Client-Centered Therapy* (la Terapia Centrada en la Persona) en 1951, y *On Becoming a Person* en 1961, definiendo la presencia empática y la congruencia como pilares de la relación terapéutica (Rogers, 1951).
- **Rollo May:** aportó la perspectiva existencial con *The Meaning of Anxiety* en 1950 y *The Cry for Myth* en 1967; explorando la libertad, la responsabilidad y la búsqueda del sentido (May, 1950; May, 1967).
- **Viktor E. Frankl:** formuló la logoterapia tras la Segunda Guerra Mundial con *Man's Search For Meaning* (El Hombre en busca del Sentido) en 1946; haciendo énfasis en el sentido de la experiencia humana (Frankl, 1946/1959).

Por tanto, se menciona que este enfoque destaca la búsqueda de sentido, la responsabilidad personal y la autorrealización, considerando al individuo como agente activo capaz de encontrar valor incluso en situaciones límite, como lo es el cáncer pediátrico (Tobías y García-Valdecasas, 2009).

A pesar de que este enfoque puede resultar abstracto para niños muy pequeños, es importante porque promueve la aceptación de la realidad, refuerza la capacidad de toma de decisiones y estimula el crecimiento personal (Tobías y García-Valdecasas, 2009).

Asimismo, se emplea especialmente en cuidados paliativos, estados de duelo anticipado y periodos de crisis de sentido de identidad o de baja motivación para el tratamiento.

1.5.4 Enfoque Sistémico-Familiar

La terapia sistémica surgió en Estados Unidos entre las décadas de 1950 y 1960 al aplicar la Teoría General de Sistemas al análisis de las familias como unidades interdependientes (Bateson et al., 1956).

En 1956, Gregory Bateson y colegas del Mental Research Institute investigaron el doble vínculo y los patrones de comunicación disfuncional (Bateson et al., 1956). De igual manera, Murray Bowen consolidó la Teoría de los Sistemas Familiares con *Family in Clinical Practice* en 1978 (Bowen, 1978). Por otro lado, Salvador Minuchin impulsó la terapia estructural en *Families and Family Therapy* (1974), centrándose en las fronteras y las jerarquías familiares (Minuchin, 1974). Asimismo, Virginia Satir publicó *Conjoint Family Therapy* en 1964, enfatizando la mejora de la comunicación y la autoestima familiar (Satir, 1964). Y, Jay Haley aportó la terapia estratégica con *Strategies of Psychotherapy* en 1963, introduciendo intervenciones breves basadas en el cambio de pautas relacionales (Haley, 1963).

También cabe señalar que, en 1989 Mara Selvini Palazzoli formalizó la llamada Terapia Sistémica de Milán, integrando un constructivismo pragmático donde el terapeuta cocrea narrativas alternativas que posibilitan el cambio en el sistema familiar (Selvini, 1989).

De modo que, el Enfoque Sistémico Familiar entiende al niño con cáncer como parte de un entorno relacional donde la enfermedad impacta a todos los miembros y, a su vez, las dinámicas familiares influyen en la adaptación del paciente (Brody y Simmons, 2007).

Igualmente, los rasgos que distinguen a este enfoque es el uso del genograma, la indagación circular para explorar patrones relacionales, el trabajo sobre límites y jerarquías familiares, la co-construcción de soluciones y la implicación de padres, hermanos y otros cuidadores (Selvini, 1989).

Por ende, su relevancia radica en el fortalecimiento de los recursos colectivos para enfrentar el estrés crónico de la enfermedad, fomentar la resiliencia familiar y prevenir disfunciones en las interacciones que pueden afectar al niño; ya que, su aplicación dentro de la oncología infantil se basa en que una familia cohesionada y comunicativa promueve el cumplimiento terapéutico, reduce la sobrecarga de los cuidadores y mejora el ajuste emocional del menor (Brody y Simmons, 2007; Coulson y Greenwood, 2012).

1.5.5 Enfoque Transpersonal

Este enfoque emergió en Estados Unidos a finales de los 60's como extensión de la Psicología Humanista, incorporando la dimensión espiritual y estados ampliados de conciencia (Maslow, 1964; Sutich, 1969).

En 1969, Anthony Sutich cofundó el Journal of Transpersonal Psychology para difundir investigaciones sobre experiencias cumbre y crecimiento espiritual (Sutich, 1969). En 1964, Abraham Maslow ya había sentado las bases con Religions, Values, and Peak Experiences, describiendo la conexión con lo trascendente (Maslow, 1964). En 1985, Stanislav Grof desarrolló técnicas de respiración holotrópica en Beyond the Brain, explorando estados no ordinarios de conciencia (Grof, 1985). En 1977, Ken Wilber propuso un marco integral de la conciencia en The Spectrum of Consciousness, unificando ciencia, filosofía y espiritualidad (Wilber, 1977).

Por tanto, el Enfoque Transpersonal amplía la mirada terapéutica integrando la dimensión espiritual y de trascendencia, entendiendo al niño o adolescente con cáncer como un ser capaz de experimentar un “yo más allá del yo” y de acceder a estados de conciencia que favorecen la resiliencia (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021) incluyó este enfoque en su Módulo 06 de Atención Psicosocial al Cáncer Pediátrico, reconociendo la necesidad de considerar los factores culturales, de género y los derechos fundamentales para un cuidado integral (Organización Panamericana de la Salud, 2021). De acuerdo con la OPS (2021), la aplicación del enfoque resulta crucial porque aborda el sufrimiento espiritual, promueve el sentido de esperanza y permite al menor y a su familia encontrar propósito en medio de la enfermedad, contribuyendo a una mejora de la calidad de vida.

1.6 Técnicas Psicológicas Aplicadas en Oncología Infantojuvenil

Las técnicas psicológicas son procedimientos sistemáticos derivados de las distintas teorías y modelos de la psicología, diseñados para promover cambios en procesos cognitivos, emocionales y conductuales. Éstas se apoyan en bases empíricas y metodológicas cuantitativas o cualitativas para garantizar su eficacia y aplicabilidad en contextos clínicos, educativos y organizacionales.

Para ello, podemos señalar que la disciplina de la psicología se consolidó como ciencia experimental a finales del Siglo XIX, cuando Wilhelm Wundt inauguró (en 1879) el primer laboratorio de psicología en Leipzig, Alemania, iniciando así la estructuración de métodos científicos de observación y medición del comportamiento humano (Monroy y Álvarez, 2012).

Posteriormente, a comienzos del Siglo XX, el interés por la aplicación práctica de estos métodos se intensificó. Hugo Münsterberg introdujo el concepto de “psicotecnia” para emplear hallazgos psicológicos en ámbitos laborales y educativos, mientras que Lighthner Witmer fundó (en 1907) la primera clínica de psicología infantil, sentando las bases de la intervención clínica moderna (Colegio de Psicólogos SJ, s.f.).

Desde entonces, el Colegio de Psicólogos SJ (s.f.) menciona que, las técnicas psicológicas se han ampliado para atender diversas necesidades: en el ámbito clínico se utilizan para el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión y conducta; en la educación, para optimizar procesos de aprendizaje y habilidades socioemocionales; y, en las organizaciones, para mejorar la motivación, el trabajo en equipo y la resolución de conflictos.

Por tanto, Monroy y Álvarez (2012) indican que, la relevancia de estas técnicas radica en su carácter basado en la evidencia y en la posibilidad de evaluar rigurosamente los resultados, lo cual fortalece la credibilidad de la psicología como disciplina aplicada, y facilita la formación de profesionales capacitados para intervenir de manera ética y efectiva.

Por otro lado, las técnicas psicológicas en oncología infantil y juvenil son procedimientos estructurados que integran modelos teóricos y evidencia empírica para atender las dimensiones emocionales, sociales y cognitivas de niños y adolescentes con cáncer. Su desarrollo responde a la necesidad de ofrecer un cuidado integral que no solo mitigue el malestar emocional asociado al diagnóstico y al tratamiento oncológico, sino que también promueva la adaptación, el afrontamiento activo y el bienestar familiar (Galindo et al., 2023).

Siendo que, la aplicación de intervenciones como la terapia de juego, la reestructuración cognitiva y las técnicas de relajación dirigidas a este grupo etario han demostrado reducir la

ansiedad anticipatoria, el dolor relacionado con procedimientos médicos y la fatiga, al mismo tiempo que mejora la adherencia al tratamiento y fortalece los recursos de afrontamiento tanto en los pacientes como de sus cuidadores primarios. Además, estas técnicas son fundamentales para optimizar la calidad de vida y prevenir complicaciones psicosociales a largo plazo (Méndez et al., 2004; Galindo et al., 2023).

Además, las adaptaciones específicas por edad de las técnicas psicológicas en oncología infantil y juvenil son fundamentales para adecuarse al nivel cognitivo, emocional y social de cada etapa del desarrollo (Piaget, 1972; Vygotsky, 1978).

Enseguida se presentan algunas de las técnicas psicológicas implementadas con niños y adolescentes con cáncer:

1.6.1 Terapia de Juego

La terapia de juego es un enfoque no directivo centrado en que el niño explora sus emociones y experiencias mediante el juego libre, fomentando la autoexpresión y la construcción de un vínculo terapéutico seguro (Pitillas, 2012).

Y, desde el contexto oncológico, permite a los niños expresar sus emociones a través del juego simbólico, de manera que recrean escenas cotidianas o relacionadas con su hospitalización, lo que contribuye a darles sentido y control sobre su situación (Scarponi y Pession, 2016).

Lo que le caracteriza es que usa el Modelo Humanista y, que el facilitador (terapeuta) ofrece un ambiente de aceptación incondicional. Además, presenta sesiones individuales en un espacio preparado, y existe la observación por parte del terapeuta.

Asimismo, para llevar a cabo la terapia de juego se puede hacer uso de muñecos, bloques, material de arte, instrumentos médicos falsos, cuentos, entre otros materiales. En edad preescolar se implementa el juego simbólico libre, y en edad escolar y adolescente se incorporan juegos estructurados y metáforas terapéuticas (con adolescentes se pueden recrean roles o narrativas más complejas de acuerdo con su desarrollo cognitivo).

Estos son algunos de los subtipos o modalidades que presenta la terapia de juego, gracias a que la terapia de juego integra múltiples modalidades que responden a distintos objetivos terapéuticos y estilos de intervención (Landreth, 2012):

- **Terapia de juego no directiva:** el niño elige de manera libre los juegos, mientras que el terapeuta acompaña con reflejos empáticos.
- **Terapia de juego directiva:** el terapeuta establece actividades específicas para trabajar temas en concreto.
- **Terapia psicoanalítica de juego:** se exploran fantasías y relaciones objetales a través de la libre expresión simbólica.
- **Terapia de juego Adleriana:** enfoque en el sentimiento de pertenencia y contribución social.

1.6.2 Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica cognitivo-conductual que permite identificar y modificar pensamientos disfuncionales asociados al cáncer, promoviendo interpretaciones más adaptativas (Bados y García, 2010) por medio del diálogo o actividades simbólicas. E implica

explorar las creencias negativas como el “no puedo con esto” para sustituirlas por interpretaciones más adaptativas tales como “estoy haciendo lo mejor que puedo”.

Se emplea tanto en terapia individual como grupal, mediante preguntas guiadas, role-playing o juegos para externalizar pensamientos; de igual manera, integra un registro de pensamientos, cuestionamiento verbal y ejercicios de prueba de realidad (los cuales son técnicas terapéuticas que evalúan los pensamientos al distinguir lo que es real y lo que es un producto de los pensamientos, sentimientos e imaginación).

Dentro del Enfoque Cognitivo-Conductual, la reestructuración cognitiva cuenta con métodos específicos para identificar, cuestionar y modificar pensamientos disfuncionales (Bados y García, 2010):

- **Diálogo socrático:** formulación de preguntas para que el paciente cuestione sus propias creencias.
- **Registro de pensamientos o diario:** anotación de situaciones, emociones, pensamientos y alternativas.
- **Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis:** se basa en la premisa de que la mayoría de los problemas tienen su origen en interpretaciones erróneas o irracionales que hacemos de los que nos sucede (Aso, 2019).

1.6.3 Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática es una técnica de visualización guiada que induce estados de calma, mediante imágenes mentales de lugares seguros o agradables, y se utiliza en oncología

pediátrica para enfrentar procedimientos invasivos (Raghunathan y Gubili, 2022; Stritter et al., 2021).

Asimismo, expone gradual y controladamente al niño a estímulos relacionados con el tratamiento (por ejemplo, las agujas), combinándolos con entrenamientos en relajación para reducir la respuesta de ansiedad (Lancee et al., 2010).

Su modo de empleo se asocia con la elaboración de una lista sobre situaciones temidas por orden de intensidad; y, una guía verbal que expone a la imaginación y dirige la atención hacia escenas tranquilas acompañadas de la respiración diafragmática y/o la relajación progresiva (Raghunathan y Gubili, 2022).

Thrane (2013) menciona que, esta técnica se puede implementar antes o durante procedimientos médicos para disminuir el dolor y la ansiedad.

Conforme con Sackowitz (2025), éstas son los pasos clave en la desensibilización sistemática:

1. **Aprendizaje y práctica de técnicas de relajación:** las técnicas de respiración y relajación muscular sirven para controlar la ansiedad durante la exposición a los miedos; se incluyen técnicas como la relajación muscular progresiva (mejora la conciencia de las sensaciones físicas), la respiración profunda (reducir el estrés y la ansiedad), la visualización (reducir la tensión) y el entrenamiento autógeno (combinación de imágenes visuales con conciencia corporal para inducir la relajación).
2. **Construcción de una jerarquía de miedos/ansiedades:** clasificación de miedos del menos intenso al más intenso, lo que permite enfrentar sus ansiedades gradualmente; para esto se tiene que identificar el miedo, luego crear una lista de situaciones relacionadas con

el miedo, e iniciar la exposición con el miedo de menor intensidad utilizando técnicas de relajación.

3. **Exposición gradual a los factores desencadenantes:** exposición gradual a los miedos junto con la implementación de técnicas de relajación; éste tiene dos tipos, la exposición en vivo (encuentros en la vida real con el objeto o la situación) y la exposición in vitro (escenarios virtuales o imaginarios que simulen la experiencia sin que exista confrontación).

1.6.4 Técnicas de Relajación y Respiración

Las intervenciones basadas en mindfulness combinan la atención plena a la respiración y sensaciones corporales con ejercicios de relajación muscular, reduciendo estrés y mejorando el manejo del dolor (Hervás et al., 2016).

Zisopoulou y Varvogli (2023) señalan que, se incluyen ejercicios de respiración voluntaria (abdominal, entre otros), relajación muscular y atención plena (mindfulness), para activar el sistema parasimpático, de forma que se reduzca el estrés y se mejore la regulación emocional.

Además, Murphy et al. (2022) y Zisopoulou y Varvogli (2023) mencionan que, su modo de empleo es a través de una orientación paso a paso con ejercicios como la respiración consciente, la imaginería corporal o la combinación con movimiento (yoga suave, caminata consciente, etc.).

También se puede implementar durante la hospitalización, antes de procedimientos dolorosos e invasivos, o en cuidados paliativos. A continuación, se presentan algunas técnicas de respiración y ejercicios para el manejo del estrés y el dolor:

- **Relajación diafragmática:** enfoque en la expansión abdominal para reducir la activación simpática.
- **Técnica 4-7-8:** inhalación en 4 tiempos, retención en 7, y exhalación en 8, para inducir la calma.
- **Relajación muscular progresiva:** tensión y relajación sistemática los grupos musculares del cuerpo.
- **Caminata consciente (mindful walking):** integración de la atención plena en el movimiento corporal.
- **Balloon breathing (respiración de globo imaginario):** imaginar que se tiene un globo en abdomen, el cual se infla al inhalar lentamente por la nariz y luego se desinfla al exhalar suavemente por la boca.

1.6.5 Role Playing o Juego de Roles

El role playing o juego de roles, consiste en la dramatización de situaciones médicas y sociales para ensayar respuestas adaptativas y desarrollar habilidades de afrontamiento (Díaz et al., 2017).

De esta manera, se recrean situaciones reales o simbólicas, que permiten ensayar respuestas en contextos controlados; por tanto, se puede decir que, el role playing forma parte de la terapia de juego narrativa y la terapia cognitivo conductual (Chauhan et al., 2024).

En el role playing se simulan conversaciones en las que se expresan temores, miedos, situaciones difíciles, entre otros; así mismo, cuenta con un escenario definido (por ejemplo, la visita al hospital, las quimioterapias, etc.), y se asignan roles tanto al paciente como al terapeuta.

Igualmente, se puede hacer uso de títeres, disfraces, muñecos, elementos simbólicos, decoraciones. Para ello, se pueden implementar las siguientes técnicas en el role playing:

- **Psicodrama:** escenificación de escenas personales pasadas o futuras.
- **Técnica de la silla vacía:** diálogo con una parte interna (persona real) o con otra persona imaginaria
- **Técnica del doble (alter ego):** un “doble” (otra persona) expresa sentimientos y conflictos del protagonista (el paciente).
- **Role play con títeres:** dramatización de forma lúdica.
- **Simulación de procedimientos médicos:** familiarización con técnicas hospitalarias.

1.6.6 Arteterapia

La arteterapia utiliza técnicas plásticas para que el niño exprese emociones complejas, mejore su resiliencia y obtenga un sentido de control ante la enfermedad (Ruiz-Reyes et al., 2023).

De esta forma, la arteterapia se refiere al uso de expresiones artísticas (como el dibujo, la pintura y la música) para externalizar emociones, mejorar la autorregulación y disminuir síntomas psicológicos; estudios demuestran reducción significativa en ansiedad y depresión en pacientes oncológicos infantiles (Zhan et al., 2022; Zhou et al., 2025).

Permitiendo la expresión del miedo, tristeza y esperanza, y el fortalecimiento de la identidad y autoestima. Se puede implementar durante el tratamiento, la hospitalización, los cuidados paliativos. Para ello, la arteterapia ofrece mediaciones plásticas diversas para la expresión y transformación de emociones, tales como:

- **Pintura libre:** uso espontáneo del color para la catarsis emocional.
- **Creación de máscaras:** externalización de roles y protección simbólica.
- **Diario artístico:** registro mixto de texto e imágenes en cuadernos personales.
- **Collage de fotografías familiares:** registro visual que permite el reencuentro con la red de apoyo familiar y/o social.
- **Mandalas:** dibujo repetitivo de patrones para la regulación atencional.

1.6.7 Terapia Narrativa

La terapia narrativa permite externalizar el problema y construir relatos mediante la narración para reorganizar la experiencia del paciente, en donde el niño se ve como agente de cambio, favoreciendo el empoderamiento sobre su enfermedad (Freeman et al., s.f.).

Se le invita al paciente a contar su “historia del cáncer”, real o simbólica, enfocándose en fuerzas propias, logros y sueños. Para esto se puede hacer uso de historias, cuentos, libros, narraciones orales o escritas, teatro de títeres, diarios de proceso, entrevistas. Para ello se puede hacer uso de lo siguiente:

- **Escritura de cartas terapéuticas:** creación de documentos que reconocen logros y aprendizajes.
- **Deconstrucción de historias:** cuestionar relatos negativos internalizados.
- **Testigos foráneos:** participación de terceros que validan cambios y fortalezas.
- **Cronologías narrativas:** línea de tiempo visual de eventos significativos y de logros.

1.6.8 Musicoterapia

Finalmente, la musicoterapia es una técnica que integra la mímica y el canto como medio de expresión emocional, distracción y regulación emocional, lo que permite reducir el dolor y promover la relajación, actuando sobre sistemas neuronales de recompensa y estrés. En oncología pediátrica, se ha documentado eficaz para desviar el foco del dolor, fomentar la comunicación y reducir la ansiedad (Martí-Augé et al., 2015; Thrane, 2013).

Para llevarse a cabo, se escucha música o se improvisa con instrumentos sencillos, se componen canciones (ya sea acerca de su experiencia con la enfermedad o de algún tema de interés). Enseguida se muestran algunas de las modalidades empleadas en la musicoterapia:

- **Escucha receptiva:** selección guiada de música para inducir estados de calma.
- **Percusión corporal:** empleo de instrumentos (tambores y palmas) para regular la activación muscular.
- **Creación activa de música y composición de canciones:** exploración de sonidos con instrumentos sencillos y diseño de letras que expresan sentimientos.
- **Análisis de letras:** reflexión sobre significados y metáforas en las canciones.
- **Música y movimiento:** danza terapéutica para la integración cuerpo y mente.

Capítulo 2. Metodología

2.1 Tipo de Investigación

“La investigación cualitativa proporciona a profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. Asimismo, aporta un punto de vista *fresco, natural y holístico* de los fenómenos, así como flexibilidad” (Hernández-Sampieri, 2014, 16).

“El enfoque cualitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. Los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de los datos” (Hernández-Sampieri, 2010, 7).

“El enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Hernández-Sampieri, 2010, 7).

2.2 Diseño de la Investigación

“El proceso de diseño de intervenciones es un enfoque sistemático para el desarrollo e implementación de intervenciones de cambio de comportamiento. Este proceso busca garantizar que las intervenciones se basen en la teoría, la evidencia y que se adapten al contexto específico y a la población objetivo” (Jason Hreha, 2023).

“En ciertos estudios es necesaria la opinión de expertos en un tema. Estas muestras (de expertos) son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios” (Hernández-Sampieri, 2014, 387).

2.3 Alcance de la Investigación

“La investigación propositiva es un proceso dialéctico que utiliza técnicas y procedimientos con la finalidad de diagnosticar y resolver problemas fundamentales. Consiste en elaborar un diagnóstico preciso de la realidad que se desea intervenir y luego elaborar una propuesta que permita solucionar el problema” (Soto, s.f.).

“La investigación de campo propositiva es esencial para comprender fenómenos en su ambiente natural, buscando no solamente describir, sino también proponer cambios y soluciones basadas en observaciones directas” (INVESTIGACIÓN DE CAMPO, s.f.).

“La investigación proyectiva es un tipo de investigación, que se distingue por su capacidad de generar propuestas, diseños, planes de acción e inventos. Busca generar conocimiento nuevo, de manera que la propuesta generada es resultado de una rigurosa actividad de investigación” (Hurtado de Barrera, 2024).

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (Hernández-Sampieri, 2014, 92).

2.4 Universo-Muestra

Población objetivo: psicólogos con experiencia en oncología pediátrica.

- **Tamaño de muestra:** 4 psicólogos expertos.

- **Tipo de muestreo:** no probabilístico por juicio o de expertos.

Para el desarrollo del programa de intervención psicológica, se empleó un muestreo no probabilístico por juicio o de expertos. Este enfoque metodológico se seleccionó con el objetivo de obtener información cualitativa y especializada de profesionales con una vasta experiencia en el campo de la psicooncología pediátrica, en lugar de buscar una representatividad estadística.

La muestra estuvo conformada por cuatro psicólogos clínicos con una trayectoria comprobada en el trabajo con niños y adolescentes con cáncer en el entorno hospitalario.

2.4.1 Perfil de los Expertos

Los participantes fueron:

- Tres psicólogos clínicos adscritos al área de Oncología Pediátrica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Una psicóloga clínica que forma parte del equipo de oncología pediátrica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Es importante destacar que una de las profesionales del IMSS cuenta con una experiencia adicional de 6 años en la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (AMANC), donde desempeñó el rol de psicóloga y fue responsable del diseño del departamento de intervención psicológica.

La inclusión de profesionales de diferentes contextos institucionales -el sistema de salud pública (IMSS e ISSSTE) y una organización de la sociedad civil (AMANC)- permite obtener una perspectiva más amplia y variada sobre las prácticas, desafíos y necesidades de los pacientes

y sus familias en diferentes ámbitos del sistema de salud nacional. La información obtenida de estas entrevistas estructuradas es fundamental para la construcción de un programa de intervención que sea pertinente y contextualizado a la realidad clínica de los pacientes oncológicos pediátricos.

Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

○ **Criterios de inclusión:**

- Psicólogos clínicos con experiencia comprobable en atención a niños y adolescentes con cáncer.
- Profesionales que trabajen actualmente o hayan trabajado en entornos hospitalarios pediátricos.
- Miembros del personal de salud en instituciones públicas o privadas dedicadas a la atención oncológica pediátrica.

○ **Criterios de exclusión:**

- Psicólogos sin experiencia específica en oncología pediátrica o cuya práctica no incluya la atención a niños y adolescentes con cáncer.
- Profesionales que solo trabajen en contextos no hospitalarios ni vinculados a atención oncológica pediátrica.
- Profesionales cuya experiencia no pueda ser verificada de forma documental o mediante referencias institucionales.

2.5 Métodos de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, cuyo propósito principal fue diseñar un modelo teórico de atención psicológica para la promoción de la calidad

de vida en niños y adolescentes con cáncer, fundamentado en la evidencia científica y en el consenso de expertos en psicología clínica.

Para la obtención de la información se utilizó la entrevista semiestructurada, diseñada específicamente para este estudio. Este instrumento permitió explorar las percepciones, experiencias y recomendaciones de los psicólogos expertos respecto a la atención psicológica integral en oncología infantil y los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. De igual manera, se le otorgó especial relevancia a las respuestas más repetidas y coincidentes, que reflejaron el consenso entre los expertos y que sirvieron como base para estructurar los módulos del modelo teórico de atención psicológica.

2.5.1 Consideraciones Éticas

La investigación cumplió con los principios éticos de la American Psychological Association (APA, 2017), garantizando el respeto, la confidencialidad y la participación voluntaria de los expertos.

Además, se proporcionó un consentimiento informado (Véase Anexo K), asegurando que los participantes comprendieran los objetivos, la utilidad del estudio y su derecho a retirarse en cualquier momento. Asimismo, se evitó la recolección de datos personales sensibles o identificables, y se garantizó la integridad académica mediante el uso de fuentes verificables y citas correspondientes.

Capítulo 3. Procedimiento

El presente proyecto de tesis se desarrolló mediante un diseño cualitativo de investigación, orientado al diseño de un modelo de intervención psicológica para la promoción de la calidad de vida de niños con cáncer. El procedimiento se estructuró en distintas etapas que siguieron un orden cronológico y lógico, en correspondencia con los objetivos planteados y el diseño de investigación planteado.

1. Diseño de la investigación.

Es estudio adoptó un diseño cualitativo sistemático, centrado en la exploración de la experiencia profesional y el consenso de expertos. La estrategia metodológica se estructuró en tres fases: la revisión teórica y documental, la recolección de información empírica mediante entrevistas a expertos, y la integración, categorización e interpretación de los hallazgos para el diseño del modelo.

2. Fase 1: Revisión de literatura especializada.

Se realizó una revisión exhaustiva de literatura científica nacional e internacional sobre la psicológica en oncología pediátrica, calidad de vida infantil y adolescente, modelos de intervención psicológica, y enfoques terapéuticos en el contexto clínico. Esta revisión permitió delimitar los fundamentos teóricos del modelo de atención psicológica, identificar conceptos importantes para el modelo y construir una guía de análisis para las entrevistas.

3. Fase 2: Selección de expertos y aplicación de entrevistas.

Se seleccionaron cuatro psicólogos especialistas en psicooncología pediátrica mediante un muestro no probabilístico por juicio o criterio experto. Los expertos contaban con experiencia laboral en instituciones de salud públicas y organizaciones civiles (como el IMSS, ISSSTE y

AMANC Michoacán). Se diseñó una entrevista semiestructurada (Véase Anexo L) para recabar información sobre los componentes esenciales de la atención psicológica, las estrategias psicológicas implementadas y las necesidades clínicas del paciente.

4. Fase 3: Análisis e interpretación de la información.

Se empleó un análisis de contenido temático, mediante el cual se identificaron unidades de categorías y subcategorías emergentes. Este proceso permitió contrastar los hallazgos empíricos con el marco teórico revisado, integrando ambos en la elaboración del modelo final.

5. Fase 4: Construcción del modelo teórico.

Los datos fueron organizados en relación entre categorías (evaluación inicial, psicoeducación, intervención con el paciente oncológico, fortalecimiento familiar, cierre terapéutico y promoción de la calidad de vida, cierre del modelo). Cada módulo se estructuró con objetivos, técnicas, materiales, instrumentos y criterios de evaluación.

Capítulo 4. Resultados

A continuación se muestra la categorización derivada del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los cuatro expertos en psicología oncológica. Este proceso implicó la identificación, codificación y agrupación de unidades de significado presentes en sus respuestas, lo que permitió sintetizar las ideas recurrentes, los puntos de convergencia y los elementos conceptuales más relevantes aportados por los participantes.

Las categorías resultantes integran tanto los contenidos explícitos proporcionados por los entrevistados como los patrones emergentes del análisis temático, y reflejan los componentes esenciales para la construcción de un modelo teórico de atención psicológica orientado a la calidad de vida de pacientes infantojuveniles con cáncer. En las tablas siguientes se muestran dichas categorías, acompañadas de las contribuciones de los expertos.

Tabla 4. Resultados (Categorización).

| Categoría | Descripción | Evidencia |
|--|---|---|
| Intervenciones psicológicas con eficacia comprobada. | Conjunto de terapias, técnicas y enfoques identificados por los expertos como los más útiles en oncología pediátrica. | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de juego, musicoterapia, arteterapia. • Terapia narrativa para procesar experiencias. • Terapia cognitivo conductual. |
| Factores que determinan la efectividad del modelo de atención. | Elementos fundamentales que hacen que una intervención funcione: alianza terapéutica, personalización, flexibilidad, y familia. | <ul style="list-style-type: none"> • Alianza terapéutica sólida y continua. • Intervenciones basadas en evidencia y personalizadas. • Integración de la familia en el proceso. • Flexibilidad del plan para adaptarse a las fases del tratamiento oncológico. |

| | | |
|--|---|--|
| Evaluación y monitoreo continuo de la calidad de vida y el bienestar. | Uso de instrumentos, indicadores clínicos y retroalimentación constante para medir progreso y ajustar la intervención. | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación con instrumentos estandarizados de calidad de vida. • Comparación de indicadores antes y después de la intervención. <p>Registros de afrontamiento, diarios, evaluaciones periódicas.</p> |
| Integración interdisciplinaria y coordinación del equipo. | Mecanismos de comunicación, roles, flujos de derivación y reuniones necesarias para una atención integral. | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones periódicas con objetivos compartidos. • Roles definidos del personal, tales como coordinador de caso, responsable de educación, contacto familiar. • Modelos de trabajo alineados entre medicina, psicología, nutrición y educación. |
| Adaptación de la intervención según la fase del tratamiento oncológico. | La atención debe modificarse en intensidad, objetivos y técnicas según: diagnóstico, inducción, consolidación, recaída, remisión, paliativos. | <ul style="list-style-type: none"> • La intervención debe adecuarse según el momento clínico, emocional y relacional del paciente. <p>Frecuencias diferenciadas por fase (1 a 3 sesiones, 30-60 min).</p> |
| Abordaje emocional específico de problemas frecuentes (ansiedad, dolor, depresión, miedo a la muerte). | Técnicas y estrategias especializadas según el síntoma o emoción predominante. | <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos médicos: desensibilización, respiración, grounding, terapia narrativa. • Imagen corporal y depresión: metáforas, autoestima, reestructuración cognitiva |

| | | |
|--|---|--|
| | | Miedo a la muerte: tanatología, resignificación. |
| Consideraciones del desarrollo evolutivo y neurocognitivo del paciente. | La intervención debe ajustarse a las capacidades cognitivas, emocionales, motoras y atencionales según edad. | <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste al desarrollo evolutivo y emocional del niño/adolescente. Efectos neurocognitivos del tratamiento afectan atención y memoria. |
| Inclusión activa y fortalecimiento de la dinámica familiar. | El rol de la familia como cuidador, regulador emocional y participante activo del tratamiento psicológico. | <ul style="list-style-type: none"> • Integración de la familia al proceso psicoterapéutico. Talleres, grupos focales, reestructuración cognitiva con familia. |
| Enfoque biopsicosocial y educativo en la atención psicológica. | Articulación de los componentes médicos, psicológicos, escolares y sociales del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Plan individualizado que incluya metas médicas y psicosociales. Registros compartidos con docentes hospitalarios. |
| Retroalimentación continua y participación del paciente en la construcción del plan de atención. | Incluye técnicas de empoderamiento, diarios, reuniones de revisión, encuestas de satisfacción y ajustes personalizados. | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir al niño/adolescente en la co-construcción del plan. Reuniones trimestrales con la familia para redefinir metas. |

Origen: “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

Las entrevistas estructuradas aplicadas a los cuatro expertos en psicooncología pediátrica proporcionaron información cualitativamente relevante sobre los componentes de un modelo de atención psicológica orientado a la promoción de la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer. Los expertos coincidieron en que la efectividad de un modelo de atención depende de la

alianza terapéutica sólida, la personalización de las intervenciones, la flexibilidad antes las fases del tratamiento oncológico y la inclusión activa de la familia.

Además, se reconoció que las terapias más efectivas en oncología pediátrica son la terapia de juego, arteterapia, musicoterapia, terapia narrativa y las intervenciones cognitivo-conductuales, las cuales promueven la expresión emocional y la resiliencia del paciente.

Asimismo, se destacó que el modelo debe ser biopsicosocial, integrando componentes médicos, emocionales, sociales y educativos; flexible para adaptarse a cada fase del proceso oncológico (diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída, paliativo), e incluir protocolos estandarizados que guíen la evaluación, intervención y seguimiento.

De la misma manera, se identificaron cinco dominios esenciales de la calidad de vida en pacientes infantojuveniles con cáncer:

- Físico: capacidad funcional y manejo del dolor.
- Emocional: ansiedad, depresión, imagen corporal y autorregulación emocional.
- Social: vínculos familiares, apoyo social y reintegración escolar.
- Espiritual: esperanza, sentido de propósito y trascendencia.
- Escolar y cognitivo: adaptación al entorno educativo y desarrollo de capacidades atencionales y mnésicas.

De lo cual, los datos coincidieron en que el bienestar psicológico y social tiene un peso equivalente al físico, por lo que un abordaje integral debe considerar la percepción subjetiva del paciente y el contexto familiar.

Los resultados muestran que la intervención psicológica debe estructurarse por fases de la enfermedad, con objetivos, técnicas y materiales adaptados a la edad y condición clínica del paciente. Se subrayaron los siguientes lineamientos:

- Diagnóstico: psicoeducación, relajación y contención emocional.
- Tratamiento activo: desensibilización sistemática, mindfulness, respiración y distracción guiada.
- Recaída: acompañamiento tanatológico, resignificación del proceso y fortalecimiento del sentido vital.
- Remisión: actividades lúdicas, arteterapia y narrativas de logro.
- Cuidados paliativos: manejo del sufrimiento, acompañamiento familiar y espiritual

En cuanto a la frecuencia, se recomendó una a tres sesiones semanales, con una duración de entre 30 y 60 minutos, dependiendo de la fase médica y emocional del niño o adolescente.

Por otro lado, los expertos enfatizaron la relevancia de involucrar a la familia desde el primer contacto terapéutico. La psicoeducación familiar, los talleres grupales, y las sesiones de orientación a padres, hermanos y cuidadores primarios fueron consideradas herramientas esenciales. Se destacó que los padres actúan como co-reguladores emocionales, y que el fortalecimiento del sistema familiar contribuye directamente a la adherencia terapéutica y al bienestar psicológico del menor.

Ahora bien, los resultados reflejan que la atención psicológica óptima requiere una coordinación constante con los equipos médico, social, educativo y de enfermería. Se propuso crear registros psicosociales compartidos, establecer flujos de derivación claros y realizar

reuniones periódicas de caso. Y, se recomendó incluir capacitación cruzada en psicooncología básica para todos los profesionales involucrados.

Entre los principales retos se mencionaron la escasez de psicólogos especializados, la discontinuidad del apoyo tras el alta médica, y la falta de recursos materiales y humanos. Los participantes subrayaron que la sostenibilidad del modelo depende de la integración institucional, la capacitación continua, la evaluación constante con indicadores de calidad y la inclusión del modelo en políticas públicas de salud.

Finalmente, se concluyó que el modelo debe incluir mecanismos de monitoreo y retroalimentación para garantizar su replicabilidad y adaptación a diferentes contextos hospitalarios.

El diseño del modelo de atención psicológica se derivó del análisis de los resultados de la investigación y del consenso a partir de las entrevistas con expertos en el ámbito psicooncológico. En consecuencia, se expone a continuación la propuesta final, la cual sintetiza los componentes teóricos, metodológicos y prácticos identificados como esenciales para promoción de la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer.

Diseño de Propuesta de Intervención

Módulo 1: Evaluación Inicial

1.1 Introducción

La evaluación inicial constituye la base fundamental del proceso de atención psicológica en oncología pediátrica, puesto que permite comprender de manera integral las condiciones emocionales, cognitivas, sociales y espirituales del niño o adolescente diagnosticado con cáncer, así como comprender las condiciones de su entorno familiar. En esta fase se establece la alianza terapéutica, se identifican las necesidades específicas del apoyo psicosocial y se definen las metas de intervención acordes a la fase de la enfermedad y al nivel de desarrollo del paciente (Arranz y Ulla, 2011; Kazak et al., 2015).

La valoración inicial integra aspectos afectivos, familiares, educativos y culturales que inciden en la calidad de vida. Por tanto, este módulo parte del Modelo Biopsicosocial, el cual reconoce la interacción entre el cuerpo, la mente, el contexto y el sentido de vida (Engel, 1977; Sulmasy, 2002). Esta aproximación es especialmente relevante en oncología infantil, en donde la enfermedad altera rutinas, vínculos, identidad y proyectos vitales del paciente y de su familia.

De este modo, la evaluación inicial se convierte en el eje central para establecer objetivos terapéuticos adecuados y definir las técnicas y modalidades de intervención más adecuadas, garantizando una atención psicológica que acompañe al paciente y a su familia en la etapa correspondiente de la enfermedad.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores psicológicos, sociales, familiares y espirituales que influyen en la adaptación del paciente y su familia al diagnóstico oncológico.
- Evaluar el impacto emocional y conductual del cáncer en el niño o adolescente, así como la percepción de su calidad de vida.
- Determinar las fortalezas, recursos personales y redes de apoyo disponibles.
- Establecer una línea base objetiva para monitorear los cambios a lo largo de la intervención psicológica.
- Promover una alianza terapéutica que facilite la adherencia y la comunicación con el equipo multidisciplinario.

1.3 Técnicas y Estrategias Psicológicas

Se presentan algunas técnicas y estrategias psicológicas sugeridas para este módulo:

- Entrevista semiestructurada al paciente y la familia (la primera sesión se realiza de forma individual y conjunta) (Véase Anexo A).
- Observación clínica y conductual durante procedimientos o interacciones familiares.
- Mapeo de red de apoyo (genogramas).
- Pruebas psicométricas de acuerdo con la edad del paciente (Véase Tabla 1.4).
- Registro emocional mediante pictogramas o escalas visuales adaptadas (Véase Figura 1 y Figura 2 en el Anexo).
- Revisión del expediente médico y coordinación interdisciplinaria con oncología, trabajo social y pedagogía hospitalaria.

Estas estrategias facilitan la identificación de síntomas de ansiedad, depresión, miedo, alteraciones conductuales, percepción corporal y afrontamiento familiar (Guardiola y Sanz-Valero, 2021).

Las sesiones psicoterapéuticas durante la evaluación inicial se desarrollan en un clima de contención, escucha y comprensión emocional, ajustándose al nivel de desarrollo y capacidad comunicativa del menor.

En el caso de los **niños pequeños (2 a 6 años)**, la sesión se centra en la observación del juego libre y simbólico, utilizando materiales lúdicos que permitan identificar temores, fantasías o confusiones relacionadas con la enfermedad. Se introduce progresivamente el diálogo a través de dibujos o cuentos, procurando validar sus emociones y ofrecer seguridad afectiva.

En niños en **edad escolar (7 a 11 años)**, el proceso se orienta a la exploración de pensamientos, emociones y comportamientos ante los procedimientos médicos o la separación familiar. Se implementan escalas visuales de emoción, tales como: Escala de caritas de Wong-Baker, el Termómetro emocional, y la Rueda de emociones (Véase Figura 3, Figura 4, y Figura 5 en el Anexo), que pueden aplicarse al inicio y cierre de la sesión para comparar resultados y observar las variaciones emocionales; actividades de dibujo estructurado (“cómo me siento cuando voy al hospital”); y, registros simbólicos (Véase Figura 6 en el Anexo) para reconocer las estrategias de afrontamiento iniciales, los cuales se realizan mediante recursos gráficos o narrativos breves y que sirven para identificar las estrategias espontáneas de afrontamiento (ejemplo, llorar, jugar, distraerse) y se valoran sus niveles de funcionalidad.

En **adolescentes (12 a 17 años)**, las sesiones adoptan un formato más dialógico y reflexivo. Se favorece la expresión verbal de temores, la exploración de significados personales

del diagnóstico y el fortalecimiento del sentido de autonomía. Se introducen técnicas de reestructuración cognitiva ligera (como la identificación de pensamientos automáticos, el cuestionamiento socrático, y el diálogo racional-emotivo simplificado) y de psicoeducación emocional (ejemplo, diferencias entre emoción, pensamiento y reacción física; y autorregulación), facilitando la elaboración de un plan compartido de metas terapéuticas.

Por ejemplo, durante la sesión, el psicólogo puede decir: “Noté que cuando hablas del hospital tu voz cambia, ¿qué piensas justo antes de sentir de sentir eso en el pecho?” A lo que el paciente identifica el pensamiento y el profesional lo guía hacia una alternativa funcional, fortaleciendo el sentido de control y afrontamiento.

Cada sesión se lleva a cabo en un ambiente cálido y seguro, procurando que el niño o adolescente perciba el espacio como un lugar de confianza. Las técnicas descritas se implementan desde la primera sesión y se ajustan conforme se avanza en el conocimiento de la dinámica familiar y emocional.

1.4 Instrumentos de Evaluación

Para garantizar validez y fiabilidad, se recomienda emplear instrumentos psicométricos validados en población mexicana o latinoamericana, adaptados culturalmente (Véase Tabla 1.4).

Tabla 1.4 Instrumentos de Evaluación.

| Dimensión | Instrumento sugerido | Propósito | Edades |
|-----------|----------------------|-----------|--------|
|-----------|----------------------|-----------|--------|

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| Calidad de vida. | INCAVISA (Inventario de Calidad de Vida Infantil y Salud Adaptado). | Evaluar bienestar físico, emocional, social y escolar. | Adolescentes y adultos. |
| Funcionamiento familiar. | Family Assessment Device (FAD). | Analizar estructura, roles, comunicación y cohesión familiar. | Adolescentes, padres y cuidadores. |
| Ansiedad y estrés. | Escala de Estrés Infantil y Wong- Baker FACES. | Medir intensidad emocional y percepción de dolor. | De 6 a 12 años y, a partir de los 3 años hasta la edad adulta, respectivamente. |
| Resiliencia. | Escala de Resiliencia para Niños y Adolescentes (Oros, 2003). | Identificar recursos protectores y afrontamiento. | Niños de 8 a 12 años, y adolescentes de 12 a 18 años. |
| Afrontamiento. | Kidcope o Children's Coping Strategies Checklist. | Analizar estilos de afrontamiento ante situaciones estresantes. | Versión infantil (7 a 12 años), y versión adolescente (13 a 18 años). |

Se muestran instrumentos psicométricos recomendados, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera evaluar.

Origen. "Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos".

1.5 Materiales y Recursos Didácticos

Estos materiales promueven la expresión simbólica y facilitan la evaluación no verbal en niños pequeños o pacientes con limitaciones comunicativas. Además, los materiales en sesión se organizan para que sean un medio de exploración emocional y de conexión terapéutica.

- Hojas de registro clínico y fichas de observación.
- Tarjetas emocionales (pictogramas), termómetro emocional.

- Pizarra, colores, plastilina y materiales de arteterapia (pintura, acuarela, gises, recortes, pegamento, hojas, máscaras, títeres, disfraces) para la facilitación de la comunicación verbal y no verbal.

En **niños pequeños (2 a 6 años)**, la terapia se desarrolla principalmente mediante el juego libre y el uso de materiales sensoriales como plastilina, crayones o muñecos. Por ejemplo, el psicólogo puede invitar al niño a “dibujar cómo se siente su cuerpo cuando va al hospital”, lo cual permite identificar emociones proyectadas y abrir espacio para su verbalización. Las tarjetas emocionales se utilizan al cierre de la sesión para reforzar el reconocimiento afectivo: el niño elige una tarjeta que represente su emoción predominante y explica brevemente el motivo.

En **niños en edad escolar (7 a 11 años)**, se promueven ejercicios más estructurados. Por ejemplo, se puede utilizar el “termómetro emocional” para que el niño valore su nivel de miedo antes y después de un procedimiento médico. También se realizan actividades de arteterapia dirigidas, como crear una figura en plastilina que represente su “superpoder para sentirse valiente”, lo cual fomenta resiliencia y sentido de autoeficacia.

En **adolescentes (12 a 17 años)**, los materiales adquieren una función reflexiva y narrativa. El uso de pizarras o cuadernos de expresión emocional permite elaborar pensamientos automáticos o frases que el paciente asocia con su enfermedad (“esto es injusto”, “quiero estar bien para volver a estudiar”). El psicólogo guía la sesión con preguntas abiertas y ejercicios de reestructuración cognitiva ligera, transformando los pensamientos disfuncionales en enunciados adaptativos (“esto es difícil, pero puedo afrontarlo con ayuda”).

Los materiales se implementan de forma gradual: primero como instrumentos de confianza y expresión simbólica, luego como herramientas de intervención y reflexión, y finalmente como medios de seguimiento del cambio emocional.

1.6 Procedimiento General

Este proceso requiere entre tres y cinco sesiones de 45 a 60 minutos, ajustables a la condición física del paciente.

- a. **Primera sesión:** presentación del psicólogo, explicación del propósito de la evaluación, obtención del consentimiento informado y establecimiento de normas de confidencialidad.
- b. **Entrevistas iniciales:** con los padres/cuidadores y, posteriormente, con el paciente (individual o conjunta según la edad).
- c. **Aplicación de instrumentos estandarizados** y actividades lúdicas adaptadas.
- d. **Observación conductual** en el entorno hospitalario o educativo.
- e. **Integración de resultados:** en un informe psicológico inicial que servirá como base para la planeación del plan de atención psicológica.
- f. **Devolución de resultados:** reunión breve con la familia para explicar hallazgos y objetivos terapéuticos.

Durante el proceso, el psicólogo mantiene una actitud empática y activa. Por ejemplo, al iniciar la primera sesión con un niño hospitalizado, el psicólogo emplea un enfoque de juego

adaptado (“¿quieres que te lea un cuento sobre un niño que aprendió a ser valiente en el hospital?”), facilitando la apertura emocional.

En la entrevista con los padres, se prioriza la validación emocional (“es normal sentirse confundido al inicio, juntos buscaremos estrategias para que ustedes y su hija se sientan seguros y comprendidos”). Estas intervenciones iniciales fortalecen la alianza terapéutica y sientan la base para un proceso clínico colaborativo.

1.7 Evaluación y Seguimiento de Resultados

Este módulo concluye con la integración diagnóstica y la definición del plan de atención psicológica. Los principales indicadores de evaluación son:

- Nivel de adherencia y colaboración del paciente y familia.
- Identificación de necesidades psicológicas prioritarias.
- Establecimiento de metas terapéuticas claras y consensuadas.
- Línea base de indicadores de calidad de vida, resiliencia y funcionamiento familiar.

Finalmente, los resultados obtenidos orientan los módulos posteriores del modelo, garantizando intervenciones personalizadas y medibles. Además, la evaluación de resultados no se limita al análisis psicométrico, sino que también considera la observación clínica del comportamiento emocional del paciente a lo largo de las sesiones.

Por ejemplo, un cambio relevante puede observarse cuando un niño que inicialmente rechazaba hablar sobre su tratamiento comienza a representar sus experiencias a través del dibujo, o cuando un adolescente logra verbalizar sus temores sin retraerse.

Módulo 2: Psicoeducación

2.1 Introducción

El módulo de psicoeducación es una fase esencial dentro del modelo de atención psicológica en oncología pediátrica debido a que constituye el puente entre el diagnóstico médico y la comprensión psicológica del proceso de enfermedad por parte del paciente y su entorno familiar.

Asimismo, la psicoeducación permite traducir el lenguaje médico a un formato emocional y cognitivo accesible, favoreciendo la adherencia al tratamiento, disminuyendo la ansiedad anticipatoria y fortaleciendo la percepción de control (Kazak et al., 2007; Patiño-Fernández et al., 2008).

En el caso de los niños y adolescentes con cáncer, la información debe adaptarse a su etapa evolutiva, nivel de comprensión, estado emocional y fase del tratamiento. Paralelamente, los padres y cuidadores requieren información que les ayude a contener al menos, así como a comprender sus reacciones y gestionar sus propias emociones; mientras que los hermanos necesitan espacios donde se les reconozca su rol dentro de la dinámica familiar, evitando sentimientos de desplazamiento o culpa (Barrera et al., 2018; Zebrack y Isaacson, 2012).

Desde el Modelo Biopsicosocial, la psicoeducación no se limita a brindar solamente conocimientos, sino que también busca integrar los aspectos cognitivos, emocionales y existenciales de la experiencia oncológica, contribuyendo al fortalecimiento del afrontamiento familiar y a la promoción de una calidad de vida significativa.

2.2 Objetivos Específicos

- Brindar información clara, adaptada y emocionalmente sensible sobre la enfermedad, tratamientos y efectos secundarios.
- Promover la comprensión del proceso oncológico como una experiencia compartida entre paciente, familia y equipo de salud.
- Favorecer la adherencia al tratamiento médico mediante la comprensión del propósito terapéutico y el rol del paciente.
- Enseñar estrategias de afrontamiento, regulación emocional y manejo del estrés hospitalario.
- Desarrollar una red de apoyo familiar sólida y coherente con las necesidades del paciente.
- Prevenir desinformación, creencias erróneas o miedos infundados que afecten la calidad de vida.

2.3 Temas a Abordar en la Psicoeducación

Los temas que se abordan en la psicoeducación se organizan por grupos de edad y se agrupan en cuatro dimensiones principales: emocional, conductual, espiritual y médica. Estos temas sirven como guía para estructurar sesiones y talleres que promuevan la comprensión, el afrontamiento y la calidad de vida del paciente y su familia (Véase Tabla 2.3.1, y Tabla 2.3.2).

2.3.1 Temas a Abordar con el Paciente Infantil y Adolescente.

Tabla 2.3.1 Temas a Abordar con el Paciente Infantil y Adolescente.

| Tema | Paciente infantil (2 a 11 años) | Paciente adolescente (12 a 17 años) |
|--|---|--|
| Ámbito emocional | Miedo, tristeza, ansiedad, enojo, confusión, esperanza, seguridad afectiva. | Ansiedad, frustración, miedo a la muerte, tristeza, duelo, autoestima, esperanza, resiliencia. |
| Ámbito conductual | Regresión (chuparse el dedo, pesadillas, dependencia), adaptación a rutinas hospitalarias, cooperación durante tratamientos, expresión simbólica | Adherencia al tratamiento, aislamiento social, cambios en la imagen corporal, manejo de la impulsividad, comunicación con pares y familia. |
| Ámbito espiritual | Confianza, amor, sentido de protección, comprensión del “bienestar interior”. | Búsqueda de sentido, fe, trascendencia, propósito de vida, aceptación del cambio. |
| Ámbito médico | Comprensión del diagnóstico (“¿qué es el cáncer?”), procedimientos médicos, hospitalización, pérdida de cabello, importancia de la medicación, cuidados personales. | Comprensión del diagnóstico y pronóstico, efectos secundarios, manejo del dolor, sexualidad y fertilidad, reintegración escolar y social. |
| Se muestran temas que se trabajan en la atención psicológica con el paciente oncológico infantil y adolescente. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

2.3.2 Temas a Abordar con la Familia.

Tabla 2.3.2 Temas a Abordar con la Familia.

| Tema | Padres y cuidadores primarios | Hermanos |
|-------------------|---|--|
| Ámbito emocional | Culpa, miedo, desesperanza, sobrecarga emocional, ansiedad anticipatoria, esperanza, fortaleza emocional. | Celos, tristeza, miedo, enojo, culpa, preocupación, orgullo, amor. |
| Ámbito conductual | Afrontamiento parental, sobreprotección, toma de decisiones | Cambios en la atención parental, adaptación a la ausencia del |

| | | |
|--|--|--|
| | médicas, establecimiento de rutinas, autocuidado. | hermano, conductas regresivas, expresión emocional a través del arte o el juego. |
| Ámbito espiritual | Fe, resignificación del sufrimiento, sentido de propósito, gratitud, espiritualidad familiar. | Deseo de protección, solidaridad, sentido de unidad familiar. |
| Ámbito médico | Comprensión del diagnóstico, adherencia al tratamiento, comunicación con el equipo médico, manejo de efectos secundarios, planificación del autocuidado. | Comprensión básica del proceso de enfermedad, normalización de la experiencia hospitalaria, participación en el cuidado y en actividades de apoyo. |
| Se muestran temas que se trabajan en la atención psicológica con los padres y cuidadores primarios, y hermanos. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

2.4 Técnicas y Estrategias Psicológicas

Las estrategias psicoeducativas deben ser creativas, multisensoriales y culturalmente sensibles. A continuación, se describen sus modalidades de aplicación según los grupos de edad.

2.4.1 Pacientes Infantiles (2 a 11 años).

- **Cuentos terapéuticos:** ayudan a comprender la función del tratamiento y a simbolizar la lucha contra el cáncer (Malchiodi, 2003). Ejemplos:
 - ¿Qué pasa cuando un niño tiene cáncer? - Sara Olsher (explica qué es el cáncer en la infancia, pruebas y tratamientos).
 - ¿Y el pelo? – Sue Glader (explica el cáncer y la quimioterapia para entender la caída del pelo y otros efectos de la quimio).

- El bebé forzado – Fundación Josep Carreras (explica la leucemia y procedimientos).
- Mi mamá es una pirata – Karine Surugue (metáfora de coraje ante la enfermedad; explica qué es el cáncer con palabras claras y frases sencillas).
- **Terapia de juego y dramatización médica:** uso de muñecos, jeringas de juguete y material hospitalario simulado para reducir la ansiedad por procedimientos.
- **Técnicas de relajación y mindfulness infantil:** ejemplo de ello es la “Respiración del oso” o “Burbujas de calma”.
- **Dibujos guiados:** dos ejemplos serían “Así se ve mi cuerpo por dentro” o “Mi día en el hospital”.
- **Videos o cuentos animados:** adaptados a la edad del paciente, y que se relacionen con el tratamiento oncológico.

Las sesiones psicoterapéuticas con niños pequeños tienen una duración aproximada de 30 a 45 minutos y se desarrollan en un ambiente de juego estructurado. El psicólogo introduce la información médica a través del cuento o dramatización (“había una vez un niño llamado Tim, que tenía células cansadas y un ejército de glóbulos blancos que lo ayudaba a sanar”). Esta narrativa reduce la ansiedad y facilita la comprensión del tratamiento.

Durante la sesión, se alternan momentos de actividad simbólica (juego o dibujo) con breves pausas de conversación donde el profesional valida las emociones (“parece que te dio miedo cuando el doctor usó la jeringa, ¿quieres que juguemos a ser médicos ahora?”).

Las técnicas de relajación y mindfulness se aplican al cierre (por ejemplo, el ejercicio de “las burbujas de calma”, en el que el niño sopla pompas de jabón imaginando que cada una lleva su preocupación) fomentando autocontrol y regulación fisiológica.

2.4.2 Pacientes Adolescentes (12 a 17 años).

- **Psicoeducación participativa:** talleres donde los adolescentes expresen dudas sobre su cuerpo, imagen e identidad.
- **Mindfulness y técnicas de grounding:** para el manejo de ansiedad y dolor (Véase Figura 7 y Figura 8 en el Anexo).
- **Reestructuración cognitiva y discusión de mitos médicos.**
- **Terapia narrativa:** creación de historias personales de lucha y resiliencia.
- **Biblioterapia:** lectura reflexiva de textos o testimonios de otros jóvenes sobrevivientes.

En los adolescentes, las sesiones duran de 45 a 60 minutos y se desarrollan de manera colaborativa. El psicólogo inicia con una exploración abierta de conocimientos previos (“¿qué te explicaron los médicos sobre tu tratamiento?”), detectando mitos o distorsiones cognitivas. Posteriormente se emplean técnicas de reestructuración cognitiva o de mindfulness (“vamos a practicar una respiración de tres pasos para que tu cuerpo aprenda a calmarse antes de las quimios”).

En la terapia narrativa, el adolescente puede escribir o grabar su historia personal, seleccionando momentos significativos del proceso oncológico (“cuando perdí mi cabello”,

“cuando volví a ver a mis amigos”). Este ejercicio favorece la resignificación y la percepción de continuidad vital.

La biblioterapia, a través de lecturas de testimonios o libros de superación, promueve identificación positiva y reduce el aislamiento social.

2.4.3 Padres y Cuidadores Primarios.

- **Sesiones psicoeducativas:** sobre el impacto emocional del cáncer infantil, manejo del estrés parental y técnicas de contención emocional (Kazak et al., 2007).
- **Entrenamiento en comunicación empática:** cómo hablar con el hijo sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.
- **Técnicas Cognitivo-Conductuales:** para la reestructuración de pensamientos de culpa o desesperanza.
- **Orientación sobre autocuidado emocional y establecimiento de rutinas saludables.**
- **Talleres grupales con otros padres:** fortalecen la red de apoyo social y normalizan la experiencia del sufrimiento compartido.

Los talleres para padres y cuidadores se diseñan de forma participativa, combinando momentos expositivos con ejercicios vivenciales. Entre ellos, se encuentran los siguientes talleres:

- a. **“Mi hijo y su tratamiento: entendiendo sus emociones”.** Se explica el proceso emocional del menor mediante ejemplos y se enseña a los padres a validar emociones sin negar la tristeza o el miedo.

- b. **“Hablando desde el corazón”.** Se practica la comunicación empática a través de role-playing: el psicólogo guía diálogos simulados sobre cómo explicar al hijo un procedimiento doloroso o responder ante sus temores.
- c. **Orientaciones de autocuidado.** Los cuidadores elaboran un “plan personal de bienestar” que incluye breves pausas de respiración, descanso programado, actividades significativas y límites saludables con el entorno hospitalario (Véase Figura 9 en el Anexo).

Durante las sesiones (de 30 a 50 minutos), el terapeuta promueve reflexión grupal y contención emocional, creando un espacio de comunidad entre cuidadores.

2.4.4 Hermanos.

- **Talleres lúdico-expresivos:** donde comprendan el proceso oncológico y puedan expresar emociones ambivalentes (celos, miedo, tristeza).
- **Dinámicas de roles familiares:** comprensión de su papel dentro de la familia.
- **Técnicas artísticas compartidas:** dibujo o collage de “mi familia cuando mi hermano está en el hospital”.
- **Narrativas positivas:** ejemplo “Cómo puedo ayudar a mi hermano desde mi lugar”.

La intervención con hermanos se realiza a través de talleres cortos (de 30 a 50 minutos) donde el juego y el arte son los principales mediadores.

Por ejemplo, en el taller “Mi hermano es valiente y yo también”, los niños dibujan escenas familiares y comparten lo que sienten cuando su hermano está en el hospital; el psicólogo

guía el reconocimiento de emociones (“¿cómo se siente tu dibujo?”) y refuerza su sentido de pertenencia.

Por otro lado, en adolescentes, se promueve la narrativa positiva, donde escriben cartas o frases que expresen apoyo y orgullo hacia su hermano (“aunque estés enfermo, seguimos siendo un equipo”).

Las dinámicas de roles ayudan a que comprendan las funciones familiares, reduciendo la confusión o el sentimiento de desplazamiento.

2.5 Instrumentos de Evaluación

Tabla 2.5 Instrumentos de Evaluación.

| Dimensión | Instrumento | Propósito | Edades |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Ansiedad. | Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS). | Evaluar ansiedad general y específica ante el tratamiento. | Niños de 8 a 12 años. |
| Conocimiento sobre la enfermedad. | Cuestionario de comprensión del cáncer infantil (adaptado). | Determinar el nivel de información real y mitos. | |
| Estrés parental. | Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF). | Evaluar el nivel de sobrecarga emocional en cuidadores. | A cuidadores de lactantes y niños a partir de 1 mes de edad. |
| Ajuste familiar. | Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV). | Medir cohesión y flexibilidad familiar post intervención. | Miembros de familia de 12 años en adelante. |
| Calidad de vida. | PedsQL Cancer Module (Varni et al., 2002). | Medir bienestar general post psicoeducación. | Disponible en versiones según grupo etario (va |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| | | | desde los 2 a 26 años en adelante. |
| Se muestran instrumentos psicométricos recomendados, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera evaluar. | | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

2.6 Materiales y Recursos Didácticos

Estos recursos buscan fomentar la participación activa, la comprensión simbólica de la enfermedad y la expresión emocional segura. Asimismo, estos materiales se implementan de forma planificada y secuencial:

- **Kit de psicoeducación:** cuaderno individual para registrar actividades, tarjetas emocionales, cuentos terapéuticos, e infografías adaptadas al lenguaje y desarrollo del paciente.
- **Videos explicativos:** material audiovisual (público o institucional) que ilustra el tratamiento médico y resuelve dudas comunes.
- **Materiales artísticos:** colores, plastilina, cartulina, títeres, rompecabezas emocionales, entre otros.
- **Apoyo para padres y cuidadores:** pautas de comunicación, manejo del estrés y autocuidado.
- **Juegos cooperativos y dinámicas familiares:** promueven cohesión y cooperación emocional. Ejemplo, “el muro de apoyo”, cada miembro escribe una fortaleza familiar.

En niños pequeños y escolares, el psicólogo comienza cada sesión con una actividad del kit de psicoeducación, invitando al menor a elegir una tarjeta emocional que refleje cómo se siente antes del tratamiento (“elige la carita que se parece a ti hoy”). Luego, el cuaderno se convierte en un registro vivencial donde el niño dibuja su experiencia o escribe brevemente lo que aprendió sobre su cuerpo y las emociones.

Los videos explicativos se utilizan en momentos de transición o antes de procedimientos médicos, para reducir la incertidumbre. Por ejemplo, se puede mostrar un video animado sobre “cómo actúan las medicinas” y luego conversar: “¿qué crees que hace el medicamento dentro de ti?”. Los materiales artísticos se aplican cuando el paciente muestra ansiedad o resistencia verbal. Dibujar, modelar o colorear le permite simbolizar emociones difíciles (“este color oscuro es cuando tengo miedo”, “esta figura es mi fuerza”).

En padres y cuidadores, las pautas de comunicación consisten en frases y conductas orientadas a mejorar el vínculo con el menor, tales como:

- Escuchar sin interrumpir ni corregir.
- Validar las emociones (“entiendo que tengas miedo, a veces yo también lo siento”).
- Ofrecer información veraz con lenguaje claro (“el tratamiento ayuda a que tu cuerpo se recupere, aunque a veces te canses”).

De esta forma, el manejo de estrés se promueve a través de ejercicios breves de respiración diafragmática y pausas conscientes, el autocuidado se trabaja mediante el registro de hábitos saludables en donde el terapeuta guía a los cuidadores para integrar rutinas realistas (ejemplo, “tomarte 10 minutos solo para ti”, alimentación tres veces al día, hidratación).

2.7 Procedimiento General

Cada proceso se adapta al ritmo emocional y médico del paciente, con sesiones de 30 a 60 minutos, individuales o grupales, una o dos veces por semana.

- a. **Sesión inicial:** presentación del psicólogo, detección de conocimientos previos y emociones asociadas al diagnóstico.
- b. **Sesiones psicoeducativas diferenciadas:**
 - Sesión 1: comprensión básica de la enfermedad y los tratamientos.
 - Sesión 2: emociones frente a la enfermedad.
 - Sesión 3: estrategias de afrontamiento y comunicación familiar.
 - Sesión 4: autocuidado y resiliencia.
- c. **Sesiones complementarias para padres y hermanos.**
- d. **Cierre con integración familiar:** dinámicas conjuntas y devolución de materiales.
- e. **Evaluación post psicoeducación** mediante escalas y entrevista de retroalimentación.

Con niños, la terapia ha de iniciar con un cuento (ejemplo, “La medicina mágica del valiente Tomás”) y proseguir con el dibujo libre para expresar qué parte del cuerpo se siente más cansada o fuerte. Con adolescentes, se han de integrar debates guiados (“¿qué te ayuda más cuando tienes miedo, hablarlo o distraerte?”) y técnicas breves de relajación

En sesiones con padres, el terapeuta introduce momentos de reflexión práctica: se revisan creencias (“si lloro frente a mi hijo, lo debilito”) y se transforman en mensajes saludables (“mostrar emociones enseña a tu hijo que puede expresarlas con seguridad”).

El cierre familiar incluye una dinámica de gratitud: cada miembro expresa en voz alta algo que admira o agradece del otro, promoviendo un clima de apoyo y esperanza compartida.

2.8 Evaluación y Seguimiento de Resultados

Indicadores de efectividad:

- Incremento en la comprensión del proceso médico.
- Reducción en niveles de ansiedad y miedo al tratamiento.
- Mejora en la cohesión y comunicación familiar.
- Aumento de la percepción de control y resiliencia en pacientes y cuidadores.
- Satisfacción familiar y adherencia al tratamiento psicológico.

El seguimiento se realiza durante los módulos posteriores (Intervención con el Paciente Oncológico y Fortalecimiento Familiar), comparando mediciones pre y post psicoeducación, y mediante entrevistas de retroalimentación. Por ejemplo, un niño que inicialmente decía “no entiendo por qué me pinchan” puede, tras las sesiones, expresar “me pinchan porque las medicinas viajan por mi sangre y me ayudan a mejorar”.

Del mismo modo, padres que reportaban “me siento perdido con tanta información” logran afirmar “ahora entiendo el tratamiento y cómo hablarlo con mi hijo”.

Módulo 3: Intervención con el Paciente Oncológico

3.1 Introducción

La intervención psicológica directa con el paciente oncológico infantojuvenil constituye el núcleo operativo del modelo de atención, ya que busca atender las manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y espirituales derivados del diagnóstico, los tratamientos y los cambios vitales que implica el cáncer.

El proceso oncológico en la infancia y adolescencia está acompañado de una serie de estresores traumáticos: procesos médicos invasivos, alteraciones en la imagen corporal, aislamiento social, pérdida de control, incertidumbre y miedo a la muerte (Kestler y LoBiondo-Wood, 2012). Por ello, la intervención debe tener un carácter integral, flexible y evolutivo, capaz de ajustarse a la fase de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento activo, remisión, recaída o etapa paliativa) y al nivel de desarrollo del menor.

Desde el Modelo Biopsicosocial, esta intervención se concibe como un proceso que promueve la resiliencia, la esperanza realista, la aceptación emocional y el sentido vital en el niño o adolescente, integrando además la colaboración de la familia y del equipo multidisciplinario de salud.

3.2 Objetivos Específicos

- Favorecer la adaptación emocional del paciente a las distintas etapas del tratamiento.
- Promover estrategias de afrontamiento funcionales y resilientes.
- Reforzar la identidad personal y el sentido de control frente a la enfermedad.

- Acompañar los procesos de cambio corporal, pérdida, dolor y duelo simbólico.
- Fomentar la comunicación terapéutica entre paciente, familia y equipo médico.

3.3 Instrumentos de Evaluación

Tabla 3.3 Instrumentos de Evaluación.

| Dimensión | Instrumento | Propósito | Edades |
|--|---|---|---|
| Ansiedad y depresión. | Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS). | Evaluar sintomatología emocional pre y post intervención. | Niños y adolescentes de 8 a 18 años. |
| Afrontamiento. | Kidcope/ Children's Coping Strategies Checklist. | Analizar estrategias adaptativas de afrontamiento. | Versión para niños (7 a 12 años), versión para adolescentes (12 a 18 años). |
| Calidad de vida. | PedsQL Cancer Module. | Medir cambios en bienestar físico, social y emocional. | De los 2 a 26 años en adelante. |
| Resiliencia. | Escala de Resiliencia para Niños y Adolescentes (Oros, 2003). | Medir fortalezas personales. | Niños de 8 a 12 años, y adolescentes de 13 a 18 años. |
| Imagen corporal. | Body Image Scale – Adaptación infantil. | Valorar la percepción y aceptación del cuerpo. | Adaptación para escolares (4 a 6 años y medio). |
| Se muestran instrumentos psicométricos recomendados, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera evaluar. | | | |

Origen. "Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos".

3.4 Procedimiento General

Cada proceso suele tener una duración de 8 a 12 sesiones de 45 a 60 minutos, ajustadas al estado clínico y emocional del paciente.

a. **Fase inicial:**

- Establecimiento de la alianza terapéutica.
- Identificación de emociones predominantes y principales estresores.
- Definición conjunta de objetivos personales o familiares.

b. **Fase intermedia:**

- Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, arteterapia y mindfulness.
- En adolescentes: intervenciones narrativas y de reestructuración cognitiva.
- En niños: intervenciones lúdicas, simbólicas y sensoriales.

c. **Fase de consolidación:**

- Fortalecimiento de la autoestima y la resiliencia.
- Elaboración simbólica de la enfermedad y sus aprendizajes.
- Reforzamiento del sentido vital y la identidad personal.

d. **Fase de cierre:**

- Integración de logros, reflexión sobre el proceso vivido.
- Preparación para la reintegración escolar o social.

- Evaluación post intervención y planificación del seguimiento.

3.5 Adaptación de la Intervención Psicológica Según las Fases de la Intervención

En este apartado del módulo se presenta cómo se pueden adaptar las estrategias de intervención y los materiales de trabajo en cada etapa de la enfermedad oncológica: diagnóstico, tratamiento activo (inducción y hospitalización), remisión o mantenimiento, supervivencia, recidiva, y terminal o final de la vida (Véase Tabla 3.5.1 a Tabla 3.5.7).

3.5.1 Fase de Diagnóstico.

Tabla 3.5.1 Fase de Diagnóstico.

| | Niños (2 a 11 años) | Adolescentes (12 a 17 años) |
|-------------------------------|--|---|
| Objetivo clínico. | Favorecer la comprensión del diagnóstico, contener el impacto emocional inicial y establecer la alianza terapéutica. | |
| Características psicológicas. | El diagnóstico provoca shock, miedo, confusión y sensación de pérdida de control. En los niños predominan el miedo a los procedimientos y la separación parental; en los adolescentes, la angustia por la pérdida de autonomía y cambios corporales (Patiño-Fernández et al., 2008). | |
| Intervención. | La intervención se centra en la contención emocional y la reducción del miedo. Se utiliza el juego terapéutico para permitir la expresión simbólica. | La intervención busca reducir la ansiedad y la confusión mediante el diálogo reflexivo y la psicoeducación emocional. |
| Técnicas y estrategias. | -Juego libre con muñecos médicos para representar procedimientos. | -Registro de pensamientos y emociones. -Reestructuración cognitiva ligera. |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>-Dibujo proyectivo: “cómo se siente mi cuerpo hoy”.</p> <p>-Cuento terapéutico para explicar el tratamiento.</p> | <p>-Ejercicios de respiración y mindfulness.</p> |
| Secuencia. | <p>1.Inicio con presentación lúdica del espacio terapéutico.</p> <p>2.Juego guiado donde se presenta la enfermedad.</p> <p>3.Cierre con validación y normalización emocional (“es normal sentir miedo cuando no sabemos qué pasará”).</p> | <p>1.Exploración del significado personal del diagnóstico.</p> <p>2.Identificación de pensamientos automáticos (“¿qué significa para ti tener cáncer?”).</p> <p>3.Psicoeducación sobre emociones básicas y control fisiológico.</p> <p>4.Cierre con tareas de afrontamiento (“anota tres cosas que sí puedes controlar esta semana”).</p> |
| Ejemplo narrativo. | <p>Un niño de 6 años juega con muñecos y dice: “la doctora me lastima el brazo”. El psicólogo responde: “sí, a veces duele, pero ella ayuda a que las células enfermas se vayan”.</p> | <p>El adolescente expresa “siento que mi vida se acabó”, a lo que el terapeuta interviene “es un pensamiento muy fuerte, veamos juntos qué aspectos siguen presentes en tu vida hoy”. Esto promueve autoconciencia y esperanza realista.</p> |
| Materiales recomendados. | <p>Cuentos terapéuticos, muñecos médicos (<i>Véase Imagen 11. en el Anexo</i>), láminas del cuerpo humano (<i>Véase Imagen 12. en el Anexo</i>), materiales de arte, y tarjetas de emociones básicas.</p> | |
| <p>Se muestra objetivo clínico, características, técnicas y estrategias, ejemplo, y materiales recomendados para esta la atención psicológica con el paciente.</p> | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.2 Fase de Tratamiento Activo (Inducción y Hospitalización).

Tabla 3.5.2 Fase de Tratamiento Activo (Inducción y Hospitalización).

| | Niños (2 a 11 años) | Adolescentes (12 a 17 años) |
|-------------------------------|--|---|
| Objetivo clínico. | Fortalecer el afrontamiento durante los procedimientos médicos, manejo del dolor, adherencia terapéutica y regulación emocional. | |
| Características psicológicas. | El tratamiento genera fatiga, dolor, aislamiento, regresión conductual y desregulación afectiva. Los adolescentes suelen manifestar frustración, enojo o resistencia ante las restricciones físicas (Kestler y LoBiondo-Wood, 2012). | |
| Intervención. | Las intervenciones se orientan a la reducción de ansiedad anticipatoria y la normalización del entorno hospitalario. | El enfoque se centra en la participación activa y el control percibido |
| Técnicas y estrategias. | <ul style="list-style-type: none"> -Desensibilización progresiva a estímulos médicos (juego con jeringas sin agujas o estetoscopios). -Entrenamiento en relajación mediante respiración con burbujas o globos. -Refuerzo positivo por cooperación (“ganar estrellas de valor”). | <ul style="list-style-type: none"> -Entrenamiento en respiración diafragmática y visualización positiva. -Diario de afrontamiento (“qué pienso antes, durante y después del tratamiento”). -Psicoeducación sobre el ciclo pensamiento-emoción-conducta. |
| Secuencia. | <ol style="list-style-type: none"> 1.Psicoeducación mediante dramatización médica (“las medicinas son superhéroes que viajan por tu cuerpo”). 2.Modelado de afrontamiento (“vamos a practicar cómo respiras cuando te pican”). 3.Reforzamiento emocional y cierre con elogio. | <ol style="list-style-type: none"> 1.Evaluación de creencias sobre el tratamiento (“¿qué piensas cuando sabes que tienes quimio?”). 2.Identificación de distorsiones cognitivas (“todo va a salir mal”) y sustitución (“no puedo controlar esto, pero sí puedo prepararme”). 3. Plan de afrontamiento personal. 4.Evaluación del resultado y refuerzo del progreso. |
| Ejemplo narrativo/ | Antes de una punción, el niño imagina que sopla un globo de calma mientras el terapeuta respira con él. | El terapeuta guía: “imaginemos tu cuerpo como un equipo en entrenamiento, cada sesión médica |

| | | |
|---|--|--|
| clínico. | La atención se desvía del dolor y se fortalece el autocontrol. | lo fortalece. ¿Qué estrategias te ayudan a mantenerte motivado?”. El adolescente aprende a reinterpretar la experiencia desde la autoeficacia. |
| Materiales recomendados. | Auriculares con música relajante, kit para colorear (<i>Véase Imagen 13. en el Anexo</i>), diarios emocionales, tarjetas de respiración, pelotas antiestrés, mandalas. | |
| Se muestra objetivo clínico, características, técnicas y estrategias, ejemplo, y materiales recomendados para esta la atención psicológica con el paciente. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.3 Fase de Remisión o Mantenimiento.

Tabla 3.5.3 Fase de Remisión o Mantenimiento.

| | Niños (2 a 11 años) | Adolescentes (12 a 17 años) |
|-------------------------------|---|---|
| Objetivo clínico. | Promover la reintegración emocional, y social; y, prevenir recaídas psicológicas y reacciones de ansiedad residual. | |
| Características psicológicas. | Durante esta etapa, el paciente experimenta alivio, pero también miedo a la recaída, inseguridad ante la reintegración social y cambios en la autoimagen (Stam et al., 2006). | |
| Intervención. | El foco es la reafirmación del sentido de normalidad. | La intervención aborda la ansiedad por revisión médica, el miedo a la recaída y la reintegración social. |
| Técnicas y estrategias. | <ul style="list-style-type: none"> -Dibujo de “mi cuerpo recuperado”. -Juego simbólico de regreso a casa o a la escuela. -Cuento sobre la valentía y la esperanza. | -Entrenamiento en afrontamiento ante la incertidumbre (“qué hago cuando me siento nervioso antes de un chequeo”). |

| | | |
|---|--|---|
| | | -Terapia narrativa (“mi historia antes, durante y después del cáncer”). -Mindfulness centrado en el presente. |
| Secuencia. | 1. Exploración de recuerdos del tratamiento. 2. Actividad artística que simbolice “cerrar el ciclo”. 3. Refuerzo de habilidades sociales y afrontamiento. | 1.Revisión de logros personales y aprendizajes. 2.Identificación de señales de ansiedad y reacciones físicas. 3. Reestructuración cognitiva de pensamientos catastróficos. 4. Construcción de proyectos futuros y sentido vital. |
| Ejemplo narrativo/ clínico. | El niño dibuja una figura con bata médica y otra jugando en el parque, el terapeuta dice: “mira cómo las dos versiones de ti se ayudan entre sí”. El menor integra la experiencia médica a su identidad sin fragmentación. | Un adolescente expresa: “tengo miedo de que vuelva”. El terapeuta responde: “ese miedo aparece porque valoras tu vida; veamos juntos cómo convivir con esa idea sin que te limite”. Esta intervención normaliza la ansiedad y promueve aceptación activa. |
| Materiales recomendados. | Diario de resiliencia, mural de logros, álbum de “mi historia”, collage de metas futuras, dinámicas de role-playing social. | |
| Se muestra objetivo clínico, características, técnicas y estrategias, ejemplo, y materiales recomendados para esta la atención psicológica con el paciente. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.4 Fase de Supervivencia.

Tabla 3.5.4 Fase de Supervivencia.

| Niños (2 a 11 años) | Adolescentes (12 a 17 años) |
|---------------------|-----------------------------|
|---------------------|-----------------------------|

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| Objetivo clínico. | favorecer la reintegración psicosocial del paciente tras la finalización del tratamiento oncológico, prevenir el síndrome de “vulnerabilidad postratamiento” y promover una identidad resiliente que integre la experiencia de la enfermedad sin que la defina. | |
| Características psicológicas. | Surge una redefinición del yo (“quién soy después de la enfermedad”), acompañada de sentimientos de gratitud y miedo residual. Algunos adolescentes presentan síntomas de estrés postraumático o culpa del sobreviviente (Zebrack y Isaacson, 2012). | |
| Intervención. | El enfoque terapéutico se centra en reestablecer rutinas, autonomía y confianza corporal, así como en consolidar la narrativa de “haber sido valiente y seguir creciendo”. | En los adolescentes, la supervivencia implica redefinir la identidad personal, manejar la percepción de diferencia frente a sus pares y afrontar los cambios corporales y emocionales que dejó el tratamiento. |
| Técnicas y estrategias. | <ul style="list-style-type: none"> -Juego simbólico de transición (“volver a casa”). -Cuento terapéutico (“Mi cuerpo sigue siendo fuerte”): reforzar la idea de recuperación, sin negar la posibilidad de revisiones médicas. -Diario de emociones: registro gráfico semanal de cómo se siente el cuerpo y qué cosas dan seguridad. -Caja de recuerdos positivos: caja con objetos que representen logros durante el tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> -Terapia narrativa: reconstrucción del relato de la experiencia de enfermedad dentro de la historia de vida. -Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos sobre vulnerabilidad o estigma (“todos me miran raro”, “ya no soy como antes”) y sustitución por cogniciones adaptativas. -Técnicas de exposición graduada: reinserción progresiva a contextos sociales y académicos. -Diario de resiliencia: registro escrito de logros, emociones, aprendizajes y metas futuras. -Ejercicio de proyección vital: elaboración de un “mapa de metas” |

| | | |
|--|--|--|
| | | o “línea de vida futura” que refuerce el sentido de continuidad. |
| Secuencia. | <p>1. Exploración emocional: el psicólogo pregunta qué siente el niño al dejar de venir al hospital (“¿cómo es no ver tanto a los doctores?”).</p> <p>2. Juego simbólico: se representa la vida “antes y después” del tratamiento.</p> <p>3. Psicoeducación emocional: se explica que las revisiones médicas son parte del cuidado, no una señal de peligro.</p> <p>4. Refuerzo positivo: se enfatizan las fortalezas adquiridas (“ahora sabes calmarte cuando tienes miedo”).</p> | <p>1. Revisión del proceso vivido: identificación de los momentos más difíciles y de las estrategias que permitieron superarlos.</p> <p>2. Reestructuración cognitiva: abordaje de pensamientos de hipervigilancia médica o miedo a recaída (“cada dolor significa que volvió el cáncer”).</p> <p>3. Fortalecimiento de identidad y autoimagen: trabajo con afirmaciones y autorretratos simbólicos (“soy fuerte”, “mi cuerpo sanó y sigue creciendo”).</p> <p>4. Plan de futuro: formulación de metas a corto y mediano plazo (escuela, amistades, proyectos personales).</p> |
| Ejemplo narrativo/ clínico. | Un niño de 8 años expresa: “ya no quiero venir más al hospital porque me da miedo que regrese”. El psicólogo responde: “venir de vez en cuando es una forma de cuidar tu salud, igual que cuando revisas tus juguetes para ver si funcionan bien”. Resignificar el miedo como autocuidado. | Una adolescente comenta: “me cuesta hablar del cáncer con mis amigos, siento que no entenderían”. El terapeuta responde: “hablarlo no es una obligación, pero tener claro lo que viviste te da poder sobre la historia. Puedes elegir cuándo y cómo compartirlo.” |
| Se muestra objetivo clínico, características, técnicas y estrategias, y ejemplo de la atención psicológica con el paciente. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.5 Fase de Recidiva.

Tabla 3.5.5 Fase de Recidiva.

| | Niños (2 a 11 años) | Adolescentes (12 a 17 años) |
|-------------------------------|---|---|
| Objetivo clínico. | Favorecer la aceptación de la reaparición de la enfermedad, disminuir la desesperanza, y fortalecer el afrontamiento familiar y espiritual. | |
| Características psicológicas. | La recaída provoca sentimientos de derrota, enojo, desesperanza y retraimiento social. En adolescentes puede haber cuestionamiento existencial (“¿por qué otra vez yo?”) (Haase et al., 2017). | |
| Intervención. | En esta etapa, el retorno de la enfermedad genera miedo y confusión. El terapeuta busca restablecer la sensación de seguridad mediante estrategias simbólicas y expresivas. | El enfoque se centra en la aceptación, sentido de vida y reconstrucción de la esperanza realista. |
| Técnicas y estrategias. | <ul style="list-style-type: none"> -Cuentos terapéuticos que expliquen la recaída como una “nueva batalla”. -Dibujo de “mi cuerpo sigue luchando”. -Juego de roles entre “mi fuerza y mi enfermedad”. | <ul style="list-style-type: none"> -Terapia narrativa: “mi historia en esta nueva etapa”. -Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos de desesperanza. -Mindfulness y meditación guiada en compasión y aceptación. -Diálogo existencial: exploración de valores y proyectos posibles. |
| Secuencia. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Validación emocional del miedo y tristeza (“entiendo que estés cansado de venir al hospital”). 2. Juego o dibujo que represente la situación actual. 3. Introducción de un nuevo símbolo de esperanza (piedras de fortaleza, pulsera de superpoder). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura empática sobre el impacto de la noticia. 2. Reflexión sobre diferencias entre la primera y la nueva experiencia. 3. Reestructuración cognitiva y resignificación (“esta vez ya sabes más, tienes herramientas”). 4. Actividades centradas en significado personal. |

| | | |
|---|---|---|
| | 4. Cierre con respiración y reforzamiento del valor personal. | |
| Ejemplo narrativo/ clínico. | Un niño de 7 años dice: “creí que ya me había curado”. El psicólogo responde: “sí, tu cuerpo estuvo mejor y ahora necesita un poco más de ayuda; tú sigues siendo fuerte y valiente como antes”. Esta respuesta equilibra realidad y contención afectiva. | El adolescente dice: “no quiero volver a pasar por esto”. El terapeuta valida: “es natural sentirlo, es mucho esfuerzo; ¿qué cosas te ayudaron la primera vez que ahora podrían servirte?”. Este diálogo fomenta agencia y continuidad vital. |
| Materiales recomendados. | Caja simbólica de fortalezas (<i>Véase Imagen 14. en el Anexo</i>), diario de resiliencia, cuaderno de frases significativas, música terapéutica, mandalas. | |
| Se muestra objetivo clínico, características, técnicas y estrategias, ejemplo, y materiales recomendados para esta la atención psicológica con el paciente. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.6 Fase Terminal o Final de la Vida.

Tabla 3.5.6 Fase Terminal o Final de la Vida.

| | Niños (2 a 11 años) | Adolescentes (12 a 17 años) |
|-------------------------------|---|---|
| Objetivo clínico. | Acompañar el proceso de cierre vital, favorecer la expresión emocional, reducir el sufrimiento psicológico y promover el sentido de trascendencia. | |
| Características psicológicas. | Predominan la tristeza, la preocupación por los seres queridos y el deseo de trascendencia. Los adolescentes reflexionan sobre el sentido de la vida y la muerte, mientras que los niños buscan explicaciones concretas y seguridad afectiva (Klass y Steffen, 2018). | |
| Intervención. | El acompañamiento psicológico se centra en mantener la conexión emocional y ofrecer espacios seguros | El proceso se centra en la dignidad, autonomía y legado personal. |

| | | |
|---|--|--|
| | para expresar temores o fantasías relacionadas con la muerte. | |
| Técnicas y estrategias. | <p>-Cuentos metafóricos sobre el ciclo de la vida (“El viaje de la estrella”, “El árbol que sigue dando sombra”).</p> <p>-Juego simbólico de despedida o legado (“¿qué regalo te gustaría dejar para tus papás?”).</p> <p>-Dibujos de lugares de paz o sueños felices.</p> | <p>-Historia de vida, valores y recuerdos significativos.</p> <p>-Diario de legado: mensajes, cartas o videos para familiares y amigos.</p> <p>-Mindfulness compasivo y visualización guiada de serenidad.</p> |
| Secuencia. | <p>1. Validación de emociones sin sobrecargar al niño con información médica.</p> <p>2. Creación simbólica de recuerdos (cartas, dibujos, grabaciones).</p> <p>3. Actividades de conexión familiar y espiritual (“lo que más me gusta de estar juntos”).</p> | <p>1. Conversación sobre deseos y límites (“qué cosas te gustaría que siguieran igual o cambiaran”).</p> <p>2. Identificación de fuentes de consuelo y sentido.</p> <p>3. Elaboración de mensajes o recuerdos significativos.</p> <p>4. Cierre con meditación o respiración conjunta con familiares.</p> |
| Ejemplo narrativo/ clínico. | El niño pregunta: “¿voy a ir al cielo?”. El psicólogo responde con respeto y adaptación cultural: “algunas personas creen que sí, que el amor sigue en otro lugar, lo importante es que siempre estarás en el corazón de los que te aman”. | Un adolescente expresa: “no quiero que me vean débil”. El terapeuta responde: “mostrar lo que sientes no es debilidad, es una forma de amor y de fuerza”. Esta intervención valida y redefine la vulnerabilidad como expresión de dignidad humana. |
| Materiales recomendados. | Cajas de recuerdos (uso de fotografías, recortes, imágenes, objetos, entre otros), cartas para familiares, materiales artísticos para legado simbólico (creación de dibujos, pinturas, poemas, cortometrajes o videos, etc.), objetos de confort (peluches, velas aromáticas, música suave). | |
| Se muestra objetivo clínico, características, técnicas y estrategias, ejemplo, y materiales recomendados para esta la atención psicológica con el paciente. | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.7 Síntesis General de la Intervención por Fases.

Tabla 3.5.7 Síntesis General de la Intervención por Fases.

| Fase | Objetivo General | Técnicas clave | Materiales didácticos |
|---|----------------------------------|--|--|
| Diagnóstico | Contención y comprensión. | Psicoeducación, juego simbólico, mindfulness básico. | Cuentos, muñecos, tarjetas emocionales. |
| Tratamiento. | Adherencia y afrontamiento. | Desensibilización, arteterapia, TCC, relajación. | Mandalas, diarios, kits sensoriales. |
| Remisión. | Resiliencia y reintegración. | Narrativa, activación conductual, grupos de pares. | Cuaderno de resiliencia, collage de logros. |
| Supervivencia. | Identidad post cáncer. | ACT, biblioterapia, mindfulness. | Diario de gratitud, mandalas, testimonios. |
| Recidiva. | Esperanza realista y contención. | Intervención en crisis, narrativa, meditación. | Caja simbólica, música, frases positivas. |
| Terminal o Final de la Vida. | Trascendencia y serenidad. | Existencial, legado, mindfulness, ACT. | Caja de recuerdos, cartas, cuentos espirituales. |
| Se muestran objetivos, técnicas y materiales didácticos recomendados, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera evaluar. | | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

3.5.8 Importancia de la Continuidad Terapéutica. El carácter progresivo del cáncer infantil exige que la atención psicológica sea continua, no episódica. Cada fase implica reajustes emocionales y cognitivos que deben ser acompañados desde la empatía, la flexibilidad y la coordinación interdisciplinaria.

La continuidad fortalece la alianza terapéutica y permite que el psicólogo se convierta en un referente estable a lo largo del proceso, contribuyendo significativamente a la calidad de vida percibida del paciente y su familia (Guardiola y Sanz-Valero, 2021; Wiener et al., 2015).

3.6 Evaluación y Seguimiento de Resultados

La evaluación clínica del proceso terapéutico se realiza mediante la observación continua del estado emocional, la adherencia psicológica y la capacidad de afrontamiento en cada fase.

Los indicadores de éxito incluyen:

- Reducción de síntomas emocionales, como la ansiedad.
- Incremento en afrontamiento activo y resiliencia.
- Mejora en la imagen corporal y autoestima.
- Aumento de la calidad de vida percibida.
- Mayor comunicación y apertura emocional con familiares.

El seguimiento debe considerar cambios conductuales y emocionales sutiles: la forma en que el paciente afronta las citas médicas, el grado de colaboración en procedimientos o la expresión verbal de sus emociones.

Módulo 4: Fortalecimiento Familiar (Padres, Cuidadores Primarios y Hermanos)

4.1 Introducción

La familia no solo constituye el entorno de cuidado, sino también el sistema regulador primario del bienestar psicológico del paciente. Por ello, el fortalecimiento familiar representa un

componente esencial en el abordaje psicooncológico integral (Kazak et al., 2007; Barrera et al., 2018).

Este módulo parte del principio de que la salud emocional del niño o adolescente con cáncer depende estrechamente de la estabilidad, cohesión y comunicación familiar. Además, se enfoca en brindar apoyo psicológico, estrategias de afrontamiento y espacios de acompañamiento emocional a padres, cuidadores primarios y hermanos, reconociendo que cada uno cumple una función única dentro del proceso terapéutico.

Por tal motivo, el fortalecimiento familiar tiene como meta promover la adaptación conjunta, disminuir el impacto del estrés crónico y fortalecer los vínculos afectivos para generar un entorno protector que potencie la calidad de vida del paciente y de la familia en su conjunto (Kestler y LoBiondo-Wood, 2012; Wiener et al., 2015).

4.2 Objetivos Específicos

- Fomentar la cohesión, comunicación y apoyo mutuo dentro del sistema familiar.
- Disminuir el estrés, ansiedad y síntomas depresivos en padres y cuidadores primarios.
- Fortalecer las competencias parentales para acompañar emocionalmente al paciente.
- Favorecer la inclusión de los hermanos en el proceso de enfermedad y recuperación.
- Promover el autocuidado, la resiliencia y la red de apoyo social familiar.

4.3 Estructura del Proceso de Intervención Familiar

La secuencia terapéutica sugerida contempla sesiones semanales o quincenales de 60 minutos, adaptadas a la fase médica y emocional del paciente. Se recomienda:

- De 6 a 8 sesiones individuales con padres/cuidadores.
- De 3 a 5 sesiones grupales con hermanos.
- De 2 a 3 sesiones familiares conjuntas de integración.

4.4 Intervención Familiar

4.4.1 Intervención con Padres y Cuidadores Primarios.

Objetivo clínico: fortalecer las competencias parentales, fomentar el autocuidado y disminuir la ansiedad anticipatoria.

Técnicas principales:

1. **Psicoeducación sobre el afrontamiento parental:** abordar el impacto emocional del diagnóstico y promover la comprensión del proceso médico con un lenguaje accesible.
 - Ejercicio: los padres elaboran un “mapa emocional” donde identifican sus emociones predominantes (miedo, culpa, esperanza, fatiga) y las estrategias utilizadas para manejarlas.
 - El terapeuta analiza patrones disfuncionales (“no puedo llorar frente a mi hijo”) y enseña estrategias de expresión emocional adaptativa.

2. **Entrenamiento en comunicación empática:** se enseña a escuchar activamente y validar las emociones del niño o adolescente.

- Técnica: role-playing terapéutico (“¿qué le dirías a tu hija si te pregunta si va a morir?”).
- Ejemplo: durante la práctica, la madre menciona: “todo estará bien”. A lo que el terapeuta guía: “podemos decirle también que no lo sabemos, pero que la acompañarán”; equilibrando la esperanza con realismo afectivo.

3. **Plan de autocuidado:** el terapeuta ayuda a elaborar un plan personal que incluya descanso, alimentación, recreación y red de apoyo.

- Ejemplo: el cuidador crea una lista de “microespacios de descanso” que puede aplicar cada día (caminar, escuchar música, leer). El terapeuta refuerza la idea de que “cuidarse no es egoísmo, es una forma de cuidar mejor”.

4.4.2 Intervención con Hermanos.

Objetivo clínico: favorecer la inclusión emocional de los hermanos en el proceso oncológico, prevenir sentimientos de desplazamiento y promover una comprensión ajustada de la enfermedad.

Técnicas principales:

1. **Taller lúdico-emocional “Mis emociones y mi hermano/a”:** se utiliza con niños de 5 a 12 años.

- Actividad inicial: se presentan tarjetas con emociones básicas y el niño elige cuál siente más desde el diagnóstico. Luego, dibuja una escena donde aparece él y su hermano en el hospital o en casa.
 - El terapeuta explora el contenido simbólico (“¿qué pasa en tu dibujo cuando tu hermano está en el hospital?”) y valida cada emoción.
2. **Juego de roles “Somos un equipo”:** actividad grupal o individual para hermanos de 7 a 14 años.
- Se asignan roles (“hermano protector”, “ayudante médico”). Y el terapeuta resalta el valor del vínculo y las formas en que se pueden apoyar emocionalmente sin sobrecargarse.
3. **Narrativas positivas:** los adolescentes escriben cartas o frases de apoyo hacia su hermano enfermo, o reflexionar sobre cómo la experiencia fortaleció su vínculo familiar.
- Ejemplo: un hermano de 15 años escribe: “mi hermano me enseñó a no rendirme”. El terapeuta destaca el valor de esta percepción y la transforma en afirmación (“tú también has sido parte de su fuerza”).

4.4.3 Intervención Familiar Conjunta.

Objetivo clínico: restablecer la comunicación, la cohesión y la resiliencia familiar frente a las secuelas emocionales y funcionales del proceso oncológico.

Técnicas principales:

1. **Mapa familiar emocional:** cada miembro dibuja su posición dentro del sistema familiar usando colores y símbolos que representen cómo se siente y qué papel cumple (“yo soy la alegría”, “yo soy el apoyo”).
 - El terapeuta analiza la distribución simbólica y fomenta el reconocimiento mutuo, validando y guiando cada emoción.
2. **Dinámica “La carta que nunca dije”:** cada integrante escribe una carta breve dirigida a otro miembro, se lee en voz alta o se entrega en privado, permitiendo expresar emociones contenidas.
 - El terapeuta acompaña con contención emocional y promueve respuestas empáticas (“gracias por decírmelo, no sabía que te sentías así”).
3. **Sesión de cierre familiar:** se reflexiona sobre los aprendizajes colectivos y se establecen compromisos para mantener la comunicación y el autocuidado mutuo.

4.5 Intervención Según las Fases del Proceso Oncológico

Tabla 4.5 Intervención Según las Fases del Proceso Oncológico.

| Fase | Foco familiar | Estrategias prioritarias | Actividades sugeridas |
|--------------|--------------------------------------|--|--|
| Diagnóstico | Shock, culpa, miedo. | Psicoeducación, contención emocional, orientación en crisis. | Taller “Comprendiendo el diagnóstico”. |
| Tratamiento. | Estrés, sobrecarga, cambio de roles. | Comunicación asertiva, autocuidado, coordinación familiar. | Role-playing, mindfulness grupal. |
| Remisión. | Esperanza y ansiedad residual. | Reestructuración cognitiva, resiliencia. | Collage de logros familiares. |

| | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| Supervivencia. | Redefinición de roles y proyectos. | Grupos de apoyo, reflexión sobre aprendizajes. | Dinámica “Nuestra historia de fuerza”. |
| Recidiva. | Desesperanza y agotamiento. | Apoyo espiritual, Terapia de Aceptación y Compromiso. | Sesión vinculada a la esperanza realista. |
| Terminal o Final de la Vida. | Duelo anticipado, acompañamiento. | Intervención existencial y terapia de legado familiar. | Cartas emocionales y de despedida, rituales simbólicos. |
| Se muestran estrategias y actividades sugeridas para la intervención psicológica, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera implementar. | | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

4.6 Instrumentos de Evaluación

Tabla 4.6 Instrumentos de Evaluación.

| Dimensión | Instrumento | Propósito | Edades |
|-----------------------------------|---|--|--|
| Funcionamiento familiar. | Family Assessment Device (FAD). | Evaluar comunicación, roles y cohesión. | Miembros de la familia de 12 años en adelante. |
| Estrés parental. | Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF). | Medir sobrecarga y tensión emocional. | A cuidadores de niños desde el mes de edad. |
| Apoyo social. | Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). | Analizar red de apoyo percibida. | Personas entre 18 y 61 años. |
| Resiliencia familiar. | Family Resilience Assessment Scale (FRAS). | Evaluar factores protectores familiares. | En adultos de 26 a 60 años; y, población al menos 18 años. |
| Ansiedad/depresión en cuidadores. | Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). | Identificar malestar emocional | Población adulta de 18 o más. |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | clínicamente significativo. | |
| Ajuste emocional de hermanos. | Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). | Medir adaptación conductual y emocional. | Niños y adolescentes de 4 a 16 años (existe adaptación para los 2 a 17 años). |
| Se muestran instrumentos psicométricos recomendados, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera evaluar. | | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

4.7 Materiales y Recursos Didácticos

- **Cuaderno personal de autocuidado:** ejercicios de respiración, afirmaciones y seguimiento emocional.
- **Tarjetas emocionales creadas en familia:** para fomentar diálogo y validación afectiva.
- **Materiales artísticos:** dibujos, plastilina, mandalas, collage familiar de fotografías.
- **Videos o cápsulas informativas (públicas o institucionales):** sobre manejo del estrés, comunicación y autocuidado.

4.8 Procedimiento General

El proceso completo se desarrolla en 6 a 10 sesiones de 60 minutos, combinando encuentros familiares y sesiones específicas para padres o hermanos.

1. **Primera sesión:** entrevista familiar conjunta; detección de necesidades emocionales, creencias y dinámica relacional.

2. **Fase de psicoeducación y contención:** explicación del proceso médico y emocional, identificación de reacciones adaptativas.
3. **Fase de intervención:** sesiones grupales o familiares centradas en comunicación, afrontamiento y resiliencia.
4. **Fase de seguimiento:** monitoreo de estrategias aplicadas en casa y en el entorno hospitalario.
5. **Cierre:** evaluación post intervención y devolución grupal de logros, con reforzamiento de la identidad familiar resiliente.

Aspectos importantes para tener en cuenta:

- **Durante las sesiones:** observar patrones de interacción, reacciones emocionales, y cambios en la comunicación.
- **Al cierre del proceso:** realizar ronda de diálogo donde cada miembro reflexiona sobre lo aprendido y los cambios percibidos (conductas, reacciones emocionales).
- **Seguimiento:** se lleva a cabo una sesión de refuerzo a los tres meses, para consolidar los avances y prevenir recaídas emocionales.

4.9 Evaluación y Seguimiento de Resultados

Los indicadores de éxito del módulo incluyen:

- Aumento de la cohesión y comunicación familiar.
- Disminución del estrés y ansiedad parental.

- Mejora del bienestar emocional de los hermanos.
- Incremento de la resiliencia y sentido de apoyo mutuo.
- Satisfacción familiar con el acompañamiento psicológico.

El seguimiento se realiza mediante reevaluaciones semestrales o al cierre de cada fase médica, complementadas con entrevistas de retroalimentación.

Módulo 5: Cierre Terapéutico y Promoción de la Calidad de Vida

5.1 Introducción

El cierre terapéutico en psicooncología infantil y adolescente constituye una fase de transición emocional que permite integrar la experiencia vivida, resignificar el proceso oncológico y consolidar la red de apoyo familiar y social.

Lejos de representar un final abrupto, esta etapa implica una transformación en la relación terapéutica, donde el paciente y su familia reconocen los logros alcanzados y fortalecen los recursos internos que les permitirán continuar con autonomía y esperanza.

Además, se trata de un proceso planeado, reflexivo y simbólico que reconoce la historia terapéutica del paciente y de su familia, estableciendo una transición saludable hacia la continuidad del bienestar y autonomía emocional.

Desde la perspectiva biopsicosocial, el cierre es también una forma de prevención secundaria, ya que busca disminuir el riesgo de recaídas psicológicas, facilitar la reintegración social y promover una calidad de vida sostenida en el tiempo.

5.2 Objetivos Específicos

- Facilitar el proceso de cierre terapéutico mediante la elaboración emocional y simbólica del proceso vivido.
- Promover la continuidad del autocuidado psicológico y físico tras la intervención.
- Consolidar los recursos de afrontamiento y resiliencia adquiridos durante el tratamiento.
- Favorecer la reintegración social, académica y familiar.
- Prevenir reacciones de dependencia terapéutica o ansiedad de separación.
- Generar una narrativa positiva o de identidad (“yo soy más que mi enfermedad”).

5.3 Ejes Fundamentales

El cierre terapéutico se apoya en la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Narrativa y el Modelo de afrontamiento positivo de la resiliencia (Richardson, 2002). En este, el terapeuta orienta el proceso hacia la integración simbólica de la enfermedad, ayudando a los pacientes y familias a mirar la experiencia como una etapa de aprendizaje y no únicamente de sufrimiento.

En esta fase, la intervención tiene tres ejes fundamentales:

1. **Elaboración emocional:** reconocimiento y validación de sentimientos de alegría, tristeza, miedo o nostalgia (o alguna otra emoción) por el cierre.
2. **Reconstrucción de significado:** integración de la enfermedad dentro de una historia vital coherente.

3. **Transición al seguimiento autónomo:** establecimiento de estrategias para mantener la estabilidad emocional y la comunicación familiar fuera del contexto terapéutico.

5.4 Intervención General del Cierre Terapéutico

El proceso de cierre se desarrolla en tres momentos clínicos (preparación para el cierre, cierre simbólico, y proyección hacia la vida cotidiana) y se adapta a la edad del paciente y a la fase médica (remisión o supervivencia).

5.4.1 Momento 1: Preparación para el Cierre. El terapeuta anticipa el final del proceso, informando con claridad y afecto sobre las últimas sesiones.

- Con niños pequeños (2 a 6 años) se utiliza un lenguaje concreto (“pronto terminaremos nuestras visitas, porque ahora estás más fuerte”).
- Con niños escolares y adolescentes, se promueve la reflexión (“hemos recorrido juntos un camino importante, ahora podrás continuar aplicando lo que aprendiste”⁹).

Técnicas:

- Dibujo o línea del tiempo terapéutica (con experiencias de acuerdo a las etapas de la enfermedad).
- Conversación sobre los cambios observados (“¿qué cosas puedes hacer ahora que antes no podías?”).
- Revisión del diario emocional o de resiliencia.

Ejemplo: el terapeuta muestra al paciente dibujos de sus primeras sesiones y pregunta “¿recuerdas cómo te sentías aquí? Ahora tus dibujos se ven más coloridos, ¿qué crees que cambió?”.

5.4.2 Momento 2: Cierre Simbólico y Emocional. Esta fase busca transformar la experiencia terapéutica en una historia de crecimiento personal y familiar.

Técnicas:

- **Ceremonia simbólica de cierre:** se realiza una actividad ritualizada, como encender una vela, escribir un mensaje de gratitud, entregar un diploma de fortaleza, tocar la campana.
- **Terapia narrativa:** el paciente redacta o ilustra su historia, integrando las etapas vividas y los aprendizajes (“lo que aprendí de mi cuerpo, de mi familia y de mí mismo”).
- **Dinámica del “árbol de los logros”:** cada hoja representa una fortaleza desarrollada (paciencia, empatía, esperanza).
- **Círculo de reconocimiento familiar:** cada miembro expresa una frase de agradecimiento o admiración hacia otro.

Ejemplo: un adolescente escribe: “aprendí que llorar también es de valientes”. A lo que el terapeuta responde: “esa es una de las lecciones más valiosas del cierre, la fortaleza también está en sentir”.

5.4.3 Momento 3: Proyección hacia la Vida Cotidiana. En este momento se refuerza la autonomía emocional y se establecen planes de seguimiento o actividades de continuidad.

Técnicas:

- **Plan de vida saludable:** el paciente elabora un calendario de autocuidado (sueño, ejercicio, recreación, tiempo social).
- **Ejercicio “mi próximo reto”:** identificación de metas realistas a corto plazo (“volver a jugar fútbol”, “hacer nuevos amigos”, “entrar a la escuela”).
- **Carta a mi futuro yo:** escritura proyectiva donde el paciente se envía un mensaje para recordarse su fortaleza y confianza.
- **Sesión de orientación familiar:** pautas para sostener la comunicación, detectar signos de recaída emocional y reforzar la red de apoyo.

Ejemplo: durante el cierre una madre comenta “ya no estamos solos, aprendimos a escucharnos”. El terapeuta valida mencionando “ese aprendizaje es lo que mantiene viva la salud emocional familiar”.

5.5 Técnicas y Estrategias por Grupo Etario

5.5.1 Niños Pequeños (2 a 6 Años).

- Juego simbólico de despedida (por ejemplo, “el tren de las emociones”, en donde cada vagón representa una etapa del tratamiento).
- Cuentos metafóricos sobre el valor de seguir adelante. Ejemplos:

- Frederick – Leo Lionni: un cuento sobre un ratoncito que no trabaja como los demás recolectores, pero sí acumula colores y palabras para el invierno. Es una metáfora para “aunque el proceso haya sido lento o distinto, tienes algo valioso”.
- Creo en Ti – Ann Moretó García: refuerza la idea de “yo creo en ti” y la persistencia, la creencia en uno mismo a pesar de los retos.
- Naciste para Brillar – Isabela Miller: apunta a que el niño vea que tiene valor y que su “brillo” sigue siendo más allá de lo que haya vivido.
- Aprendiz de Dragón: un cuento sobre la resiliencia – Natividad Alonso y Monserrath Espinosa: usa la metáfora de un dragón aprendiz para hablar de aprendizaje, esfuerzo, crecimiento tras los retos.
- Dibujo de “mi corazón valiente” o “mi hospital mágico”.
- Actividades sensoriales de cierre (globos de deseo, música, plastilina).

Ejemplo: el psicólogo invita al niño a participar en la actividad llamada “el viento de la valentía”. Se le brinda un molino de papel (o molinito de viento) al paciente y el terapeuta dice: “Cada vez que tengas una emoción fuerte, puedes soplar despacito hacia el molino para que gire y el viento se lleve esa emoción”; el niño comenzará a soplar y mientras el molino gira, el terapeuta añade: “eso que sientes no desaparece, solo se mueve para dejarte respirar mejor”.

Esto ayuda a reforzar la idea de autorregulación emocional y continuidad terapéutica, así como el control respiratorio y la simbolización del acto de soltar o de liberación emocional

5.5.2 Niños en Edad Escolar (7 a 11 Años).

- Dinámica del “álbum del valor”: el niño elabora un cuaderno con dibujos, frases o fotografías de momentos significativos del proceso.
- Juegos cooperativos familiares que refuercen la conexión emocional.
- Role-playing de “enseñar a otros lo que aprendí” (el niño explica técnicas de respiración o afrontamiento a sus padres o hermanos).
- Cuentos co-construidos entre el terapeuta y el paciente, donde el protagonista logra superar retos con ayuda de su familia.

Ejemplo: un niño comparte: “yo enseñé a mi papá a respirar hondo cuando se enoja.” El terapeuta responde: “eso muestra que lo que aprendiste ahora ayuda también a tu familia.”

5.5.3 Adolescentes (12 a 17 Años).

- Terapia narrativa y reestructuración del autoconcepto (“soy más que un diagnóstico”).
- Mindfulness y ejercicios de autocompasión (ayuda a tratarse con amabilidad, comprensión y aceptación; uso de cartas hacia sí mismo, respiraciones para regular emociones y calmar el sistema nervioso).
- Diario de resiliencia y plan de proyecto de vida.
- Grupos de apoyo entre pares sobrevivientes.

Ejemplo: durante un grupo de adolescentes, uno dice: “me da miedo volver a la escuela, pero ahora sé que puedo hablar de esto sin sentir vergüenza.” El terapeuta refuerza: “eso es una señal de que estás listo para la siguiente etapa: vivir con sentido y libertad.”

5.6 Materiales y Recursos de Apoyo

Los materiales del cierre terapéutico deben favorecer la expresión emocional, la simbolización del proceso vivido y la consolidación de aprendizajes. Se recomiendan recursos sencillos, accesibles y adaptados al rango de edad, que permitan traducir en imágenes, palabras o gestos la experiencia emocional del paciente y su familia.

Materiales sugeridos:

- Cuadernos personales o diarios de resiliencia.
- Tarjetas de emociones.
- Cartulinas y colores para elaboración del “árbol de logros”.
- Hojas, colores y lápices para escribir cartas o mensajes de agradecimiento.
- Cajas decoradas para el “kit de recuerdos positivos” (dibujos, pulseras, fotografías, frases significativas).
- Velas, burbujas, campana o piedras decoradas para los rituales simbólicos de cierre.
- Diplomas o reconocimientos por la participación y fortaleza del paciente y la familia.

Durante las últimas sesiones, el terapeuta selecciona junto al paciente los materiales que representen su proceso. Por ejemplo, en una sesión familiar, cada integrante puede escribir una palabra clave en una piedra decorativa (amor, paciencia, valor, unión) y colocarlas juntas en una caja: “nuestro tesoro de fortaleza”.

Este acto simbólico permite concretar y materializar los aprendizajes, además de construir un recuerdo compartido que refuerza la conexión emocional.

Ejemplo: un padre guarda en la caja un dibujo que su hijo hizo durante la quimioterapia y comenta: “esto me recordará que incluso en los días difíciles, seguimos juntos.” El terapeuta valida: “ese es el sentido del cierre: transformar la dificultad en memoria de fortaleza.”

5.7 Evaluación del Proceso de Cierre

La evaluación final tiene como propósito identificar los logros terapéuticos, valorar la internalización de estrategias psicológicas y prevenir recaídas emocionales.

Indicadores clínicos de logros:

- El paciente expresa abiertamente sus emociones al hablar del proceso oncológico.
- Disminución de ansiedad anticipatoria ante revisiones médicas.
- Reintegración satisfactoria a contextos sociales y escolares.
- Mejora en la comunicación familiar y apoyo mutuo.
- Autopercepción de resiliencia y fortaleza (“me siento capaz de seguir adelante”).
- Capacidad para pedir ayuda cuando surgen emociones difíciles.

5.7.1 Instrumentos de Evaluación.

Tabla 5.7.1 Instrumentos de Evaluación.

| Dimensión | Instrumento | Propósito | Participantes |
|------------------|-----------------------|---|---------------------------------------|
| Calidad de vida. | PedsQL Cancer Module. | Evalúa bienestar físico, emocional, social y escolar. | Pacientes (2 a 18 años) y cuidadores. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Ajuste emocional. | Inventario INCAVISA. | Mide ansiedad, afrontamiento y autoeficacia. | Adaptado a la población mexicana. |
| Resiliencia. | Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). | Medir la percepción de fortaleza ante la diversidad. | Adolescentes y padres. |
| Funcionamiento familiar. | Family Assessment Device (FAD). | Evalúa cohesión y comunicación familiar. | Familia completa. |
| Bienestar emocional. | Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS-C). | Medir equilibrio emocional tras el cierre. | Pacientes de 7 años en adelante. |
| Satisfacción del usuario. | Cuestionario de satisfacción del servicio psicológico. | Evalúa la percepción de calidad del acompañamiento terapéutico. | Diseño propio adecuado para toda la familia. |
| Se muestran instrumentos psicométricos recomendados, su uso depende de las necesidades del paciente y de lo que el especialista requiera evaluar. | | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

5.8 Seguimiento Post Intervención

El seguimiento tiene como meta asegurar la continuidad del bienestar emocional y prevenir la aparición de síntomas postraumáticos o depresivos tras la alta terapéutica.

Plan de seguimiento:

- Primera revisión: 1 mes después del cierre terapéutico.
- Segunda revisión: 3 meses después.
- Tercera revisión: 6 meses después o antes, según evolución emocional.

Durante estas sesiones, se retoman brevemente las estrategias aprendidas y se monitorean posibles cambios en el funcionamiento familiar o escolar.

Técnicas recomendadas:

- Revisión del diario de resiliencia y nuevas anotaciones (“qué aprendí desde que terminamos las sesiones”).
- Conversación sobre los desafíos actuales y cómo los afrontan.
- Ejercicios breves de mindfulness o respiración consciente como recordatorio del autocuidado emocional.
- Reforzamiento positivo de la autonomía (“ya puedes reconocer cuando necesitas hablar con alguien”).

En casos donde el seguimiento revela signos de ansiedad persistente, alteraciones del sueño, retraimiento social o tristeza prolongada, se recomienda una derivación a psicoterapia individual o grupal de continuidad, garantizando un acompañamiento progresivo.

Módulo 6: Cierre del Modelo

6.1 Introducción

El módulo 6 hace referencia a la fase final del Modelo de Atención Psicológica para la Promoción de la Calidad de Vida en Niños con Cáncer: Una Propuesta Teórica Basada en la Evidencia y el Consenso de Expertos.

Este módulo contempla los mecanismos de retroalimentación institucional y científica, necesarios para validar la efectividad del modelo y garantizar su aplicación sostenible en los contextos clínicos y comunitarios.

6.2 Evaluación de la Efectividad del Modelo

De acuerdo con Kazdin (2017), la efectividad del modelo se valora a través de indicadores de resultado e indicadores de proceso (Véase Tabla 6.2).

Tabla 6.2 Evaluación de la Efectividad del Modelo.

| Tipo | Indicadores | Criterios de logro |
|---|--|--|
| De resultado. | Reducción de ansiedad y depresión; aumento de resiliencia; mejora de calidad de vida; incremento de cohesión familiar. | $\geq 20\%$ de mejora en escalas estandarizadas post intervención. |
| De proceso. | Asistencia y participación activa; adherencia terapéutica; satisfacción del usuario. | $\geq 80\%$ de cumplimiento en sesiones programadas |
| De impacto. | Transferencia de aprendizajes a otros contextos (escuela, hogar, familia, comunidad). | Evidencia cualitativa en seguimiento a 6 meses |
| Se muestra la valoración de la efectividad del modelo mediante indicadores de resultado e indicadores de proceso, según Kazdin (2017). | | |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

6.3 Retroalimentación y Comunicación Interdisciplinaria

El monitoreo de la atención psicológica implica una comunicación constante con el equipo médico, de enfermería, trabajo social, pedagogía hospitalaria, y psicológico, garantizando una visión holística del progreso del paciente. Igualmente, se recomiendan reuniones interdisciplinarias mensuales para discutir casos, ajustar intervenciones y promover el aprendizaje colectivo.

6.4 Evaluación Ética y Confidencialidad

La atención y evaluación deben cumplir con los Principios éticos de la investigación y la práctica clínica (APA, 2017), los cuales son: consentimiento informado, confidencialidad, respeto por la autonomía del paciente y uso responsable de la información.

Asimismo, las intervenciones deben realizarse desde los Principios éticos de respeto, autonomía, confidencialidad y no abandono; de manera que el terapeuta se compromete, de acuerdo con consentimiento informado previamente realizado y formalizado con la familia y el paciente, a la continuidad de atención si se requiere derivación o seguimiento adicional, preservando siempre el bienestar y la seguridad emocional del paciente (APA, 2017).

De la misma manera, todo registro deberá conservarse bajo resguardo profesional y anonimizado en caso de publicación o análisis estadístico.

6.5 Validación y Continuidad

El modelo requiere de mecanismos sistemáticos de validación y seguimiento institucional, tanto en el plano clínico como académico. Para ello, se recomienda:

- a. Implementar evaluaciones de eficacia y satisfacción de usuarios (pacientes, familias, profesionales).
- b. Capacitar continuamente al personal psicológico y de salud en atención psicooncológica infantil.
- c. Incorporar supervisión clínica y reuniones interdisciplinarias mensuales.
- d. Desarrollar una base de datos para monitorear resultados longitudinales.
- e. Fomentar la publicación de reportes y estudios que documenten la eficacia del modelo.

Esta retroalimentación continua fortalece la sostenibilidad del modelo y su impacto en la atención oncológica pediátrica.

6.6 Ficha Técnica de los Instrumentos de Evaluación

Tabla 6.6 Ficha Técnica de los Instrumentos de Evaluación.

| Instrumento | Definición | Índice de confiabilidad | Validación mexicana |
|----------------------|---|---|---|
| PedsQL Cancer Module | Diseñado por Varni y colaboradores en Estados Unidos para evaluar la calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer. | Reporta una confiabilidad interna con valores de α de Cronbach que oscilan entre .70 y .90 para sus subescalas (Varni et al., 2002). | El instrumento ha sido adaptado y validado para la población mexicana mostrando consistencia interna superior a .80 en población infantil y |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | Diseñado para niños y adolescentes de 2 a 18 años. | | adolescente (Hidalgo-Rasmussen et al., 2014). |
| Inventario InCaViSa. | Diseñado para aplicarse en adolescentes (12 años en adelante) y adultos, con el propósito de evaluar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas o agudas. | Muestra una confiabilidad general de $\alpha = .91$ y valores entre .70 y .89 en sus diferentes subescalas (Riveros et al., 2009) | Debido a que fue construido y validado en población mexicana, su aplicación es pertinente y culturalmente adecuada para es este contexto. |
| Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). | Evalúa la capacidad de afrontar situaciones adversar y recuperarse de ellas. Fue desarrollada en Estados Unidos para adultos y adolescentes (12 años en adelante). | Presenta altos niveles de confiabilidad, con un alfa de Cronbach de .89 en su validación original (Connor & Davidson, 2003). | La CD-RICS ha sido adaptada y validada para la población mexicana, sus índices de consistencia interna oscilan entre .83 y .90 (García-León et al., 2019; Juárez-García et al., 2021). |
| Family Assessment Device (FAD). | Evalúa el funcionamiento familiar a través de siete dimensiones: resolución de problemas, comunicación, roles, afectividad, involucramiento afectivo, control conductual, y funcionamiento general. Fue desarrollado en Estados Unidos y Canadá, y está | Presenta valores de α de Cronbach que oscilan entre .72 y .92 (Epstein et al., 1983). | En México, el FAD ha sido adaptado y validado, evidenciando consistencia interna entre .70 y .88 y adecuada validez de constructo (González-Montesinos & Santos, 2016; Ruvalcaba-Romero et al., 2017). |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | dirigido a adolescentes (a partir de los 12 años) y adultos. | | |
| Escala de Afecto Positivo y Negativo para Niños (PANAS-C). | Evalúa los niveles de afecto positivo y afecto negativo en población infantojuvenil, permitiendo identificar la frecuencia e intensidad de emociones agradables y desagradables. Fue desarrollado originalmente en E.U.A para niños y adolescentes de 8 a 18 años. | El instrumento mostró altos índices de confiabilidad, con valores de $\alpha = .86$ para afecto positivo y $\alpha = .84$ para afecto negativo (Laurent et al., 1999). | En México, la PANAS-C ha sido adaptada y validada, encontrándose consistencias internas entre .80 y .89 y adecuada validez de constructo en población infantil y adolescente mexicana (González-Gallegos et al., 2015; Sandoval-Ávila et al., 2018). |
| Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS). | Instrumento desarrollado en Australia que evalúa los síntomas de ansiedad en población infantil y adolescente de 7 a 19 años. | En la validación original se reportaron índices de confiabilidad elevados, con un alfa de Cronbach total de .92 y valores entre .60 y .82 en sus subescalas (Spence, 1997) | En México, la SCAS ha sido adaptada y validada, mostrando consistencia interna entre .85 y .90 y adecuada validez factorial en muestras infantiles y adolescentes (Vega-López et al., 2013; Martínez-Monteagudo et al., 2019). |
| Cuestionario de Comprensión del Cáncer Infantil (adaptado). | Cuestionario desarrollado en Estados Unidos y Europa, el cual evalúa el nivel de | Sus adaptaciones disponibles muestran adecuados índices de confiabilidad, con valores de α entre .78 | El cuestionario ha sido adaptado y aplicado en diversos contextos hospitalarios y |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | entendimiento que tienen los niños y adolescentes (7 a 18 años) sobre su diagnóstico, proceso oncológico y tratamientos médicos. | y .88 en estudios previos (García-López et al., 2016; Rivera et al., 2019). | organizaciones de apoyo psicosocial en México, evidenciando pertinencia cultural, claridad lingüística y consistencia interna aceptable para su uso con pacientes pediátricos oncológicos (Guzmán, 2021; Esquivel, 2022). |
| Parenting Stress Index -Short Form (PSI-SF). | Fue desarrollado en Estados Unidos y se aplica a padres de niños desde 1 mes hasta 12 años, su objetivo es evaluar el nivel de estrés parental asociado al rol de crianza, considerando factores del propio cuidador, la relación padre-hijo y las características percibidas del niño. | La versión abreviada presenta altos índices de confiabilidad, con una consistencia interna total de $\alpha = .91$ y valores entre .80 y .87 para sus subescalas (Abidin, 1995; Reitman et al., 2002). | En México, el PSI-SF ha sido adaptado y validado, mostrando consistencias internas entre .86 y .92 y adecuada validez de constructo (Díaz & Pérez, 2014; Méndez-Soto et al., 2018; Gómez-Mendoza & Morales, 2020). |
| Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV). | Desarrollado en Estados Unidos para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar para identificar patrones saludables y disfuncionales de interacción, en adolescentes y adultos desde los 12 años. | En su validación original, el instrumento mostró adecuados índices de confiabilidad, con valores de alfa de Cronbach que oscilan entre .77 y .89 en sus escalas principales (Olson, 2011). | En México, el FACES IV ha sido adaptado y validado, evidenciando consistencias internas entre .75 y .88, así como adecuada validez de constructo y equivalencia semántica (Rivera-Heredia & Andrade, |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | | 2017; Camacho & Palomar, 2019). |
| Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS). | Escala desarrollada en E.U.A y Australia para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en población infantojuvenil de 8 a 18 años. | En su validación original, la escala presentó altos niveles de confiabilidad, con un alfa total de .94 y valores entre .74 y .93 en sus subescalas (Chorpita et al., 2000). | En México, la RCADS ha sido adaptada y validada, mostrando consistencias internas entre .82 y .92 y adecuada validez de constructo en población infantil y adolescente mexicana (Sandoval et al., 2015; Martínez-González & Reyes, 2019; Rangel et al., 2021). |
| Kidcope / Children's Coping Strategies Checklist (CCSC). | Evalúan las estrategias de afrontamiento utilizadas por niños y adolescentes frente a situaciones estresantes, considerando respuestas cognitivas, emocionales y conductuales. El Kidcope está dirigido a población de 7 a 18 años, mientras que el CCSC se aplica a participantes de 9 a 18 años; ambos desarrollados en Estados Unidos. | El Kidcope presenta alfas de Cronbach entre .60 y .79 y coeficientes test-retest alrededor de .70 (Spirito et al., 1988), mientras que el CCSC muestra consistencias internas que oscilan entre .72 y .89 (Ayers et al., 1996). | En México, ambos instrumentos han sido adaptados y utilizados en población escolar y clínica, con confiabilidad interna entre .70 y .88 y adecuada validez de constructo (González-Forteza et al., 2015; Domínguez & Andrade, 2018; López-Corona et al., 2020). |
| Escala de Resiliencia para Niños y | La escala evalúa los recursos personales, cognitivos y | Muestra adecuados índices de confiabilidad, con una | En México, la escala ha sido adaptada y utilizada en diversos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Adolescentes (Oros, 2003). | emocionales que permiten a niños y adolescentes enfrentar situaciones adversas de manera adaptativa. Fue diseñada en Argentina para población de 9 a 15 años. | consistencia interna total de $\alpha = .84$ y valores entre .70 y .82 en sus subescalas (Oros, 2003). | estudios, reportándose consistencias internas entre .78 y .88 y adecuada validez de constructo en población infantil y adolescente mexicana (Pérez-García & Luna, 2014; Gaxiola & González-Arratia, 2015; Hernández-López, 2019). |
| Body Image Scale - Adaptación Infantil. | Evalúa la percepción y satisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes (9 a 18 años), considerando aspectos emocionales y cognitivos relacionados con cambios físicos y autopercepción. Fue desarrollado en el Reino Unido para pacientes con cáncer. | La escala ha mostrado adecuados índices de confiabilidad, con valores de alfa entre .80 y .90 en adaptaciones para población infantojuvenil (Hopwood et al., 2001; López-Walle et al., 2015). | Ésta ha sido utilizada y validada en estudios escolares y clínicos en población mexicana, con consistencias internas entre .82 y .89 y adecuada validez de constructo (González et al., 2018; Hernández-Morales, 2020). |
| Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). | Es una escala brece diseñada para evaluar el apoyo social percibido a través de tres fuentes principales: familia, amigos y persona significativa. Fue desarrollado en E.U.A. para | En su validación original presentó excelentes índices de confiabilidad, con un alfa total de .91 y valores entre .85 y .91 en sus subescalas (Zimet et al., 1988). | En México, la MSPSS ha sido adaptada y validada, mostrando consistencias internas entre .88 y .94 y adecuada validez de constructo en población adolescente y adulta (Arellano & Ruiz, |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | adolescentes y adultos desde los 12 años. | | 2011; González et al., 2017; Trujillo & Zúñiga, 2020). |
| Family Resilience Assessment Scale (FRAS). | Evalúa los procesos y recursos de resiliencia familiar: apoyo social, organización familiar, comunicación, espiritualidad, y capacidad para encontrar el significado ante la adversidad. Fue desarrollada en E.U.A para adolescentes mayores y adultos desde los 15 años. | En su validación original mostró una consistencia interna elevada, con un alfa total de .96 y valores entre .86 y .95 en sus subescalas (Sixbey, 2005) | En México, ésta ha sido adaptada y validada, cuenta con confiabilidad interna entre .89 y .95, así como una adecuada validez de constructo en familias mexicanas (Gómez & Rodríguez, 2017; Pérez-Hernández et al., 2019; Beltrán & Méndez, 2021). |
| Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). | Creado en el Reino Unido que evalúa síntomas de ansiedad y depresión en contextos hospitalarios y médicos, evitando la confusión de síntomas somáticos propios de condiciones físicas; está dirigido a adolescentes mayores y adultos desde los 14 años. | En su validación original, la escala mostró adecuados índices de confiabilidad, con valores de alfa de .80 para la subescala de ansiedad y .76 para la de depresión (Zigmond & Snaith, 1983). | La HADS ha sido adaptada y validada, reportándose consistencias internas entre .82 y .90 y adecuada validez de constructo en población clínica mexicana (Benítez-Hernández et al., 2014; Mora-Ríos & Natera, 2017; Alvarado et al., 2020). |

Origen. “Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos”.

Capítulo 5. Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos confirman que la atención psicológica en oncología pediátrica debe ser integral, flexible y evolutiva, respondiendo a las necesidades emocionales, cognitivas y sociales del paciente y su familia. Estos hallazgos concuerdan con las aportaciones de autores como Méndez et al. (2004), Vargas et al. (2019), Guzmán (2021) y Esquivel (2022), quienes señalan que las intervenciones basadas en el juego, el arte y la terapia cognitivo-conductual generan mejoras significativas en la adaptación emocional y la adherencia al tratamiento.

La convergencia entre las respuestas de los expertos y la literatura teórica permite afirmar que el modelo biopsicosocial y humanista constituye la base más sólida para la atención en psicooncología infantil. Ambos enfoques integran la comprensión del niño como sujeto activo dentro de un entorno relacional y cultural específico, enfatizando la empatía, la comunicación y la promoción del bienestar integral.

Los hallazgos también respaldan la inclusión de módulos estructurados y fases diferenciadas del proceso de atención, coherentes con las etapas descritas en el Capítulo 2 del modelo teórico. Cada módulo (evaluación, psicoeducación, intervención, fortalecimiento familiar, cierre terapéutico y cierre del modelo) responde a necesidades clínicas detectadas por los expertos y facilita la sistematización de la práctica psicológica hospitalaria.

Igualmente, la evidencia recopilada refuerza que la calidad de vida debe concebirse como un constructo multidimensional que abarca el bienestar físico, emocional, social y espiritual del paciente. Los resultados concuerdan con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (2025) y de Riveros et al. (2009), quienes sostienen que el bienestar subjetivo es tan relevante como el clínico. Por tanto, el modelo diseñado logra operacionalizar este concepto mediante

intervenciones terapéuticas adaptadas a la edad, etapa oncológica y contexto cultural del paciente mexicano.

Además, la integración de enfoques cognitivo-conductual, humanista y sistémico-familiar amplía la capacidad del modelo para abordar los desafíos psicosociales derivados del cáncer, facilitando la resiliencia, la autocompasión y la comunicación funcional en el entorno familiar.

Señalando que, el estudio aporta una propuesta teórica aplicada al contexto mexicano, donde los recursos psicooncológicos son limitados. El modelo diseñado ofrece una guía estructurada para psicólogos clínicos, hospitalarios y comunitarios, contribuyendo a la estandarización de la práctica psicológica en oncología pediátrica. Entre sus principales aportaciones destacan:

- La integración de evidencia científica y consenso experto en un esquema aplicable y replicable.
- La incorporación de protocolos de evaluación y monitoreo basados en indicadores de calidad de vida.
- La promoción de la psicoeducación familiar y el acompañamiento interdisciplinario como pilares de la adherencia y el bienestar.

También, se reconocen como limitaciones el tamaño reducido de la muestra (cuatro expertos) y la falta de validación empírica del modelo en un entorno hospitalario real. No obstante, la coherencia interna y la triangulación con la literatura científica fortalecen la validez teórica del modelo propuesto. Por tal motivo, para investigaciones posteriores se recomienda:

- Validar el modelo mediante estudios de campo y seguimiento longitudinal.

- Promover políticas públicas que integren la atención psicológica infantil en los programas de salud oncológica.
- Desarrollar programas de capacitación para psicólogos y personal sanitario en psicooncología pediátrica.

Por otra parte, la presente investigación demuestra que la atención psicológica estructurada y culturalmente sensible es esencial para promover la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer. En donde el modelo propuesto articula la evidencia científica, la experiencia profesional y la realidad hospitalaria mexicana, ofreciendo una base sólida para el diseño de intervenciones integrales que atiendan las dimensiones física, emocional, social y espiritual del paciente.

Finalmente, se concluye que la psicooncología pediátrica debe consolidarse como una práctica interdisciplinaria, humanista y sostenida en la evidencia, cuyo propósito no sólo sea mitigar el sufrimiento, sino fomentar el bienestar, la esperanza y la dignidad en la experiencia de la enfermedad. Y, se espera que esta propuesta de atención inspire nuevas líneas de investigación y programas de intervención orientados al bienestar de los niños y adolescentes con cáncer, así como a la salud emocional de sus familias y de los profesionales que los acompañan.

Limitaciones

La presente investigación de tipo cualitativo presenta un diseño de investigación de intervenciones, el cual es un enfoque sistemático para el desarrollo e implementación de intervenciones; así mismo, expone tres tipos de alcances de investigación: propositiva, proyectiva y descriptiva. De la misma manera, el enfoque de esta investigación se centra en la promoción de la calidad de vida como objetivo central de la intervención psicológica, siendo que la metodología propuesta combina la revisión sistemática de la literatura científica con el estudio cualitativo de la perspectiva de expertos, permitiendo una aproximación comprehensiva que integre tanto el conocimiento teórico como la experiencia empírica.

Por tanto, se diseñó una entrevista semiestructurada que permitió recabar la experiencia y opiniones de cuatro expertos asociados a la atención infantojuvenil con cáncer.

Ahora bien, la presente investigación presentó una limitación asociada al acceso de datos y al establecimiento de una asociación, es decir, la institución no aceptó la solicitud para llevar a cabo la investigación, lo cual impidió obtener información de las personas que integran y participan en dicha institución, así como para realizar una investigación de campo en la misma. Además, a pesar los múltiples intentos de comunicación, tanto presenciales como digitales, la respuesta por parte del personal de la asociación fue negativa y no se dispuso de los datos necesarios para complementar uno de los apartados del estudio.

Asimismo, otra limitación se vincula al ingreso a documentos digitales de diversas organizaciones encontradas en Internet, ya que requerían permisos específicos o ser parte de la organización para la consulta de su información, en otras palabras, esta barrera restringió el acceso a datos, limitando el enriquecimiento de marcos de información en la investigación.

Sugerencias

A partir del diseño cualitativo de intervenciones empleado para esta investigación y de los alcances propositivos, proyectivos y descriptivos que puede tener, se plantean las siguientes sugerencias para la continuidad de la investigación y la aplicación práctica del modelo de atención psicológica:

1. Implementar un estudio piloto del modelo de intervención en al menos dos instituciones de salud.
 - Evaluar su viabilidad operativa y receptividad por parte de equipos clínicos y familias.
2. Incorporar métodos mixtos para la evaluación de impacto.
 - Complementar los hallazgos cualitativos con instrumentos cuantitativos estandarizados de calidad de vida.
 - Diseñar mediciones pre y post intervención que permitan determinar cambios significativos en indicadores psicosociales.
3. Ampliar la muestra de expertos y diversificar perspectivas.
 - Extender la consulta a familiares y niños con cáncer, a fin de contrastar la validación experta con experiencias directas de los usuarios.
4. Desarrollar una versión digital del modelo de intervención.
 - Diseñar materiales interactivos que faciliten la implementación remota y la autoevaluación de avances por parte de las familias.
5. Establecer convenios formales de colaboración institucional.
 - Negociar memorandos de entendimiento que garanticen acceso a datos clínicos y digitales de manera temprana.

- Definir protocolos claros de comunicación y plazos de respuesta para optimizar la recolección de información.
6. Realizar seguimiento longitudinal de las intervenciones.
- Planificar evaluaciones a los 3, 6 y 12 meses posteriores al modelo de atención psicológica para valorar la sostenibilidad de los efectos en calidad de vida.
 - Analizar factores contextuales que moderen los resultados a largo plazo.
7. Profundizar en el alcance proyectivo del estudio.
- Formular escenarios de implementación futura bajo diferentes modelos organizativos y culturales en México.
 - Explorar adaptaciones del modelo a poblaciones con otras condiciones crónicas.

Estas sugerencias buscan potenciar la aplicabilidad, consistencia, validez y fiabilidad del modelo, así como ampliar su capacidad para promover de manera sostenible la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer y sus entornos de cuidado.

Referencias

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual* (3rd ed.). Psychological Assessment Resources.
- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Greenberg.
- Aguado, A. (2023, Febrero). *Hepatoblastoma*. Nemours KidsHealth.
<https://kidshealth.org/es/parents/hepatoblastoma.html>
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (6th ed.). Mosby.
- Alcocer Ballestas, M. C., y Ballesteros, B. P. (2005, Agosto). *Intervención “Patch Adams” en indicadores de calidad de vida de dos niñas con cáncer*. repository.javeriana.edu.co.
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/7896/tesis14.pdf?sequence=1>
- Alonso Fernández, C., y Bastos Flores, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 2(2), 187-207.
<http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Alvarado, R., Méndez, P., y Silva, L. (2020). *Propiedades psicométricas de la HADS en población clínica mexicana*. *Psicología Iberoamericana*, 28(2), 130–145.
- American Cancer Society. (2017, Septiembre 18). *Efectos tardíos del tratamiento contra el cáncer infantil en distintas partes del cuerpo*. American Cancer Society.
<https://www.cancer.org/es/cancer/supervivencia/ninos-con-cancer/efectos-tardios-del-tratamiento-contr-el-cancer-infantil.html>
- American Cancer Society. (2022, Noviembre). *Treatment of Hodgkin lymphoma in children*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-hodgkin/tratamiento/enfermedad-de-hodgkin-en-ninos.html>

- American Cancer Society. (2024, Julio 25). *¿Qué es el cáncer? Aspectos básicos sobre el cáncer*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Childhood Cancer Organization. (2025). *Tipos de Cáncer Infantil*. ACCO. <https://www.acco.org/tipos-de-cancer-infantil/>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una visión integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arellano, A., y Ruiz, M. (2011). *Validación de la MSPSS en población mexicana adulta joven*. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 150–162.
- Arranz, P., y Ulla, S. (Eds.). (2011). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Desclée de Brouwer.
- Arranz, B., Berjano, M., y Tercero, P. (2004). Modelo breve de intervención focalizada en psico-oncología pediátrica. *Acta de Psicología Clínica*, 19(2), 35–48
- Aso Poza, U. (2025, Junio 6). *Métodos de reestructuración cognitiva: ¿cuáles son y cómo funcionan?* Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/metodos-reestructuracion-cognitiva>
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., y Roosa, M. W. (1996). *Children's Coping Strategies Checklist: Revision and psychometric evaluation*. *Psychological Assessment*, 8(1), 34–53.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., y Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2). ISSN 0213-9111
- Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Bados, A., y García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

- Barbero, A. (2021, 27 de julio). *La rueda de las emociones*. Personas y Equipos Productivos.
<https://www.albarbero.com/2021/07/la-rueda-de-las-emociones.html>
- Barrera, M., Atenafu, E., Doyle, J., Berlin-Romalis, D., y Hancock, K. (2018). Differences in mothers' and fathers' psychological distress after pediatric stem cell transplantation. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(2), e26816. <https://doi.org/10.1002/pbc.26816>
- Barroso-Fontanals, M. E., Pacios-Dorado, J. L., González-Marrero, A. I., y Sánchez-Callejas, R. A. (2024, Diciembre). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Gaceta Médica Estudiantil*, 5(3), 1-21. ISSN2708-5546
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251–264.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beltrán, M., y Méndez, R. (2021). *Propiedades psicométricas de la FRAS en población mexicana general*. *Psicología Iberoamericana*, 29(2), 80–95.
- Benítez-Hernández, M., Morales, A., y Rojas, G. (2014). *Validación de la Hospital Anxiety and Depression Scale en población mexicana hospitalaria*. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 95–108.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., y Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582.
<https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Boston Children's Hospital. (2025). *Medulloblastoma*. [childrenshospital-org.translate.google/conditions/medulloblastoma?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pt](https://www-childrenshospital-org.translate.google/conditions/medulloblastoma?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pt)

o=sge#:~:text=En%20raras%20ocasiones%2C%20el%20meduloblastoma,Dificultad%20para%20ocaminar

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

Brody, J. L., y Simmons, R. G. (2007). Intervención familiar en diagnóstico reciente e inicio de tratamiento del cáncer infantil. *Intervención*, 1(1). Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/64566/Intervención%20familiar.pdf>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Camacho, M., y Palomar, J. (2019). *Propiedades psicométricas de la FACES IV en familias mexicanas*. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(2), 210–225.

Cancun Cancer Institute. (2025, Enero). *El apoyo psicológico durante un tratamiento oncológico*. Cancun Cancer Institute. <https://cancuncancerinstitute.com/viviendo-con-cancer/el-apoyo-psicologico-durante-un-tratamiento-oncologico/>

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.

Carrascoso López, F. J. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Características, Técnicas clínicas básicas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 14(3), 361-385. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/03.Carrascoso_14-3oa.pdf

Casallas-Vega, A., Andrade-Fonseca, D., Pérez-Niño, J. J., Hincapié-Carvajal, J. A., Castañeda-González, J. P., Herrera-Valladares, S. d. R., y Hernández-Zambrano, S. M. (2024). Calidad de vida y agotamiento: niños y adolescentes en tratamiento oncológico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 81(6), 1-9. <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v81n6/1665-1146-bmhim-81-6-337.pdf>

Castañeda de la Lanza, C., O'Shea C., G. J., Narváez Tamayo, M. A., Lozano Herrera, J., Castañeda Peña, G., & Castañeda de la Lanza, J. J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el

paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156.

10.1016/j.gamo.2015.07.007

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. (2019, Abril 15). *Cáncer Infantil en México* | Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia | Gobierno | gob.mx. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/cancer-infantil-en-mexico-130956>

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. (2023, Septiembre 01). *Cáncer infantil en niñas, niños y adolescentes*. | Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia | Gobierno | gob.mx. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/cancer-infantil-en-ninas-ninos-y-adolescentes?idiom=es>

Chauhan, N., Sachdeva, D., Malhotra, S., & Gupta, N. (2024). Play Therapy: An Analytical Mode of Therapy in Children. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 20(2), 136-146. 10.1177/09731342241238524

Children's Minnesota. (2025). *Meduloblastoma*. Children's Minnesota.

<https://www.childrensmn.org/educationmaterials/parents/article/18164/meduloblastoma/>

Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., y Francis, S. E. (2000). *Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale*. Behaviour Research and Therapy, 38(8), 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)

Cleveland Clinic. (2022, Julio 15). *Tumor de células germinales*. my.clevelandclinic.org. https://my-clevelandclinic-org.translate.goog/health/diseases/23505-germ-cell-tumor?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge&_x_tr_hist=true

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2014, Noviembre 3). Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud. Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic), 1-41.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf

Colegio de Psicólogos SJ. (n.d.). Historia de la psicología aplicada: exponentes y aplicaciones.

<https://colegiodepsicologossj.com.ar/historia-de-la-psicologia-aplicada/>

Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

<https://doi.org/10.1002/da.10113>

Coosalud. (n.d.). *El impacto emocional y psicológico del cáncer en los niños y sus familias*.

Coosalud.com. <https://coosalud.com/el-impacto-emocional-y-psicologico-del-cancer-en-los-ninos-y-sus-familias/>

Corey, G. (2021). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning.

Cormier, W. H., y Cormier, L. S. (1994). *Interviewing and change strategies for helpers*. Brooks/Cole.

Coulson, C., & Greenwood, S. (2012). El abordaje sistémico en el cáncer infantil. *Revista de Psicología Infanto-Juvenil*, 5(2), 45–58.

Cruzado, J. A. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>

Díaz, C., y Pérez, A. (2014). *Adaptación mexicana del Parenting Stress Index-Short Form*. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 120–133.

Díaz García, M., Pérez Suárez, L., y Ramírez López, F. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer – Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Die, M., y Vecino, S. (2003). El superviviente de cáncer. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp. 126-139). Madrid, España: ADES Ediciones.

Dirección General de Epidemiología. (2019). *Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/632369/RNCA_2019.pdf

- Domínguez, J., & Andrade, P. (2018). *Validación del CCSC en población mexicana adolescente*. *Acta de Investigación Psicológica*, 8(3), 75–89.
- Durá, E., y Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 1(1), 27-43.
<https://www.redalyc.org/pdf/362/36210103.pdf>
- Ellis, A. (1955). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., y Bishop, D. S. (1983). *The McMaster Family Assessment Device*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Erandi AC. (2021). *Cómo afecta la enfermedad al niño*. ERANDI. <https://erandi.org/como-afecta-la-enfermedad-al-nino/>
- Espada, M. d. C., y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40. 10.5209
- Esquivel, K. (2022). *Evaluación de la comprensión de la enfermedad en niños con cáncer mediante instrumentos psicoeducativos adaptados*. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(3), 88–102.
- Esquivel Álvarez, Y. B. (2022, septiembre). *Eficacia del juego como herramienta terapéutica en pacientes oncológicos en etapa infantil*. Repositorio Digital Institucional UVAQ.
http://dspace.uvaq.edu.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/2988/1/Texto_completo.pdf
- Ferriols Lisart, R., Ferriols Lisart, F., Alós Almiñana, M., & Magraner Gil, J. (1995). Calidad de vida en oncología clínica. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, 19(6), 315-322.
https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF

- Figueroba, A. (2024, Julio 22). El contextualismo funcional de Steven C. Hayes. *Psicología y Mente*.
<https://psicologiaymente.com/psicologia/contextualismo-funcional-steven-hayes>
- Fontibón, L. F., Ardila, S. L., y Sánchez, R. (2016). Adaptación transcultural del cuestionario PedsQL Cancer Module version 3.0 para su uso en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 161-167. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745016300725>
- Formación y competencias del psicooncólogo. (2016). En C. Rojas Jara y Y. Gutiérrez Valdés (Eds.), *Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica* (Nueva Miranda Ediciones ed., pp. 65-82). Juan Antonio Cruzado Rodríguez. 978-956-9812-03-3
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Freeman, J., Epston, D., y Lobovits, D. (s.f.). *Terapia narrativa para niños*. Paidós.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. Macmillan.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Franz Deuticke.
- Fu, E. X., y Singh, A. D. (2007). Chapter 2. Cancer etiology. *Clinical Ophthalmic Oncology*, 6-10. ISBN 9781416031673
- Fundación Josep Carreras contra la Leucemia. (2023, Septiembre). *La leucemia mieloide aguda infantil*. Fundación Josep Carreras. <https://fcarreras.org/wp-content/uploads/2023/10/LMA-infantil.pdf>
- Galán Cuevas, S., y Díaz García, D. E. (2021). Propiedades Psicométricas del Kidscreen-52 en Estudiantes Mexicanos de 11 a 16 años de Edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 1(58), 105-116.
<https://www.redalyc.org/journal/4596/459669141009/html/>
- Galindo Vázquez, O., Flores Constantino, M., Hernández Marín, J., y Costas Muñiz, R. (2023). *La importancia de la psicooncología como parte integral del tratamiento en oncología*. Digital Universal, 24(6), 1-12. https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v24_n6_a5.pdf

- García-León, M. A., Reyes-Martínez, R., y Méndez-López, M. (2019). *Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en población mexicana*. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(1), 45–56.
- García-López, A., Martínez, P., y Torres, R. (2016). *Assessment of illness understanding in pediatric oncology: Development and evaluation of a comprehension questionnaire*. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(5), 532–540.
- Gaxiola, J. C., y González-Arratia, N. I. (2015). *Validación de la Escala de Resiliencia de Oros en adolescentes mexicanos*. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 214–227.
- Gil Castán, R., Bernal, A. C., Cuartero Martínez, J., de las Heras Paz, M. M., García Llanos, S., Colmenarejo Ruberte, M., y Gil Castán, R. (2024). *Evaluación de la escala de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en niños (PedsQL)*. *Ocronos*, 7(3), 326.
- Gobierno de México. (2022, Febrero 15). *15 de febrero, Día Internacional del Cáncer Infantil*. *insp.mx*.
<https://www.insp.mx/avisos/15-de-febrero-dia-internacional-del-cancer-infantil#sup2>
- Gómez, F., y Rodríguez, L. (2017). *Adaptación mexicana de la Family Resilience Assessment Scale (FRAS)*. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 120–135.
- Gómez-Mendoza, S., y Morales, D. (2020). *Propiedades psicométricas del PSI-SF en población clínica mexicana*. *Psicología y Salud*, 30(1), 45–58.
- Gómez-Rojas, J. P. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1), 49-55. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>
- González-Gallegos, N., Andrade, P., y Méndez, M. (2015). *Validación de la escala PANAS-C en adolescentes mexicanos*. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(2), 150–160.
- González-Gil, T., Mendoza-Soto, A., Alonso-Lloret, F., Castro-Murga, R., Pose-Becerra, C., Y Martín-Arribas, M. C. (2012). *Versión española del cuestionario de calidad de vida para niños y*

adolescentes con cardiopatías (PedsQL™). Revista Española de Cardiología, 65(3), 249–257.

[https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(11\)00855-4](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(11)00855-4)

González-Montesinos, M. J., y Santos, H. (2016). *Adaptación y validación del Family Assessment Device (FAD) en población mexicana*. Revista Mexicana de Psicología, 33(2), 120–135.

González-Vázquez, K. Y., Bermúdez-Mendoza, A. L., Velasco-Villavicencio, C. J., y Rueda-Espinoza, K. M. (2021, Noviembre). *Programas de intervención del Psicólogo Infantil en la atención de niños y adolescentes, procesos y metodologías*. Polo del Conocimiento, 6(11), 1654-1662. ISSN: 2550 - 682X

Gotwals, J., Adler, L. C., y Dempsey-Walls, S. K. (2023). *Ewing Sarcoma in Children*. Nationwide Children's Hospital. <https://www.nationwidechildrens.org/conditions/health-library/ewing-sarcoma-in-children>

Gotwals, J., Adler, L. C., y Sather, R. (2023). *Langerhans Cell Histiocytosis in Children*. Natiowidechildrens.org. <https://www.nationwidechildrens.org/conditions/health-library/langerhans-cell-histiocytosis-in-children>

Grof, S. (1985). *Beyond the brain: Birth, death, and transcendence in psychotherapy*. State University of New York Press.

Guardiola Wanden-Bergue, R., y Sanz-Valero, J. (2021). *Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad: Revisión sistemática*. Hospital a Domicilio, 5(1), 43-61. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i1.126>

Guzmán López, G. (2021, Noviembre 12). *Simbolizar la muerte: Manifestaciones del deseo de vida en una niña con leucemia linfoblástica aguda*. Repositorio Digital Institucional UVAQ. http://dspace.uvaq.edu.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2982/Texto_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Haase, J. E., Phillips, C. R., y Junghaenel, D. U. (2017). Adolescent and young adult experiences of cancer recurrence: A qualitative analysis. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(2), 271–279.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. Grune & Stratton.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., y Reese, H. W. (1988, Julio). *Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A study in evidence*. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97-111. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hernández, E., y Guillamón Cano, N. (2018). Intervención psicodinámica infantojuvenil en la psicoterapia. Recuperado de <https://blogs.uoc.edu/epce/es/intervencion-psicodinamica-ninos-adolescentes/>
- Hernández-López, M. (2019). *Evaluación de la resiliencia infantil en México: análisis psicométrico de la escala de Oros*. *Psicología Iberoamericana*, 27(2), 65–78.
- Hernández-Morales, D. (2020). *Evaluación de la imagen corporal en población infantil mexicana: Adaptación de la Body Image Scale*. *Psicología Iberoamericana*, 28(1), 60–72.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. d. P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. d. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., y Mendoza, C. P. (2008, Noviembre). El matrimonio cuantitativo cualitativo: el paradigma mixto. En *JL Álvarez Gayou (Presidente), 6° Congreso de Investigación en Sexología*. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, AC y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México.

- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000300003
- Hidalgo-Rasmussen, C. A., Rajmil, L., y Montaña Espinoza, R. (2014, Julio). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 1-10. 10.1590/1413-81232014197.09682013
- Hidalgo-Rasmussen, C. A., Ramírez-Zamora, A., y Rosas-Magaña, M. (2014). *Adaptación y validación del PedsQL™ en población mexicana: análisis de validez y confiabilidad*. Revista Mexicana de Pediatría, 81(3), 99–107.
- Himelstein, B. P. (2006). Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 163–181. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.163>
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/History%20of%20psycho-oncology%20-%20overcoming%20attitudinal%20and%20conceptual%20barriers.pdf>
- Holland, J. C., y Gooen-Piels, J. (2003). Chapter 70 Psycho-Oncology. En *Cancer Medicine* (6th ed., Vol. 2). BC Decker Inc. 1-55009-213-8
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., y Al Ghazal, S. (2001). *A body image scale for use with cancer patients*. European Journal of Cancer, 37(2), 189–197.
- Hreha, J. (2023). *What is the intervention design process in behavior change?* The Behavioral Scientist. thebehavioralscientist.com. <https://www.thebehavioralscientist.com/glossary/intervention-design-process>

- Hurtado de Barrera, J. (2024, Junio 17). Investigación proyectiva: más allá de la investigación tecnológica. *Saber Investigar*. <https://saberinvestigar.com/investigacion-proyectiva-mas-alla-de-la-investigacion-tecnologica/>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2021, Febrero 15). *15 de febrero - Día Internacional del Cáncer infantil* | Instituto de Salud para el Bienestar | Gobierno | *gob.mx*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/15-de-febrero-dia-internacional-del-cancer-infantil-263815?idiom=es>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020, Marzo 26). *Tumores de la región pineal*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/espanol/tumores/tumores-region-pineal>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2022, Septiembre 2). *Tratamiento de la leucemia mieloide aguda infantil*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lma-infantil-pdq>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2024, Mayo 2). *Cánceres infantiles*. National Cancer Institute. [https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil#:~:text=Guide%20for%20Parents.-,Causas%20de%20c%C3%A1nceres%20infantiles,transmitirse%20de%20padres%20a%20hijos\).](https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil#:~:text=Guide%20for%20Parents.-,Causas%20de%20c%C3%A1nceres%20infantiles,transmitirse%20de%20padres%20a%20hijos).)
- Instituto Nacional del Cáncer. (2024, Agosto 27). *El cáncer en los niños y los adolescentes*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2025, Febrero 21). *Tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda (PDQ®)–Versión para pacientes*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lla-adultos-pdq>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2025, Marzo 6). *Hepatoblastoma - Cáncer de hígado infantil*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/higado/cancer-higado-infantil/hepatoblastoma>

Instituto Nacional del Cáncer. (2025, Abril 10). *Tratamiento de la histiocitosis de células de Langerhans (PDQ®)–Versión para pacientes*. National Cancer Institute.

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/langerhans/paciente/tratamiento-langerhans-pdq>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2018, Febrero 2). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER (4 DE FEBRERO)*. Inegi.org.mx.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf

INVESTIGACIÓN DE CAMPO. (s.f.). ¿Qué es una investigación de campo propositiva?

investigaciondecampo.com. <https://investigaciondecampo.com/que-es-una-investigacion-de-campo->

[propositiva/#:~:text=La%20investigaci%C3%B3n%20de%20campo%20propositiva,soluciones%20basadas%20en%20observaciones%20directas.](https://investigaciondecampo.com/que-es-una-investigacion-de-campo-propositiva/#:~:text=La%20investigaci%C3%B3n%20de%20campo%20propositiva,soluciones%20basadas%20en%20observaciones%20directas.)

Juárez-García, A., Rangel, K., y Andrade, P. (2021). *Validación de la CD-RISC en población mexicana adolescente y adulta*. Acta de Investigación Psicológica, 11(3), 120–135.

Jung, C. G. (1921). *Psychological types*. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.

Kanwar, V. (2021, Agosto 6). *Diagnóstico de cáncer en niños*. HealthyChildren.org.

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/cancer/Paginas/diagnosing-cancer-in-children.aspx>

Katzenstein, H. M. (2018, Junio). *Tumores de células germinativas (para Padres) | Nemours KidsHealth*. Kids Health. <https://kidshealth.org/es/parents/germ-cell.html>

Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., y Rourke, M. T. (2004). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(1), 15–27. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh003>

Kazak, A. E., Simms, S., y Rourke, M. T. (2007). Family systems practice in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(2), 133–143.

- Kazdin, A. E. (2017). *Research design in clinical psychology* (5th ed.). Pearson.
- Kestler, S. A., & LoBiondo-Wood, G. (2012). *Review of symptom experiences in children and adolescents with cancer*. *Cancer Nursing*, 35(2), E31–E49.
- Klass, D., y Steffen, E. M. (2018). *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice*. Routledge.
- Klawinski, D. M. (2024, Mayo). *Meduloblastomas (para Padres)*. Nemours KidsHealth.
<https://kidshealth.org/es/parents/medulloblastoma.html>
- Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children*. Hogarth Press.
- Lancee, J., Spoormaker, V. I., y Van den Bout, J. (2010). Systematic desensitization for conditioned medical anxiety. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 803–812.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). Routledge.
- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Laurent, J., Catanzaro, S. J., Joiner, T. E., Rudolph, K. D., Potter, K. I., Lambert, S., Osborne, L., y Gathright, T. (1999). *A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation*. *Psychological Assessment*, 11(3), 326–338.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.326>
- Leukemia & Lymphoma Society. (2021). *Leucemia mieloide aguda en niños y adolescentes*.
https://www.lls.org/sites/default/files/2021-09/PS38S_Childhood_AML_Booklet_Spanish.pdf
- Lewis, I. J. (1996, Octubre 01). Cancer in adolescence. *British Medical Bulletin*, 52(4), 887-897.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011589>
- López-Corona, L., Méndez, M., y Rangel, K. (2020). *Propiedades psicométricas del Kidcope y CCSC en población clínica mexicana*. *Psicología Iberoamericana*, 28(2), 54–67.

- López-Walle, J., Pérez, M., y Rivera, A. (2015). *Adaptación infantil de la Body Image Scale en población latinoamericana*. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 10(1), 45–52.
- Lou. (20 de febrero de 2024). *El termómetro de las emociones: Una herramienta para el desarrollo emocional de niños y niñas*. MonsPetits. <https://monspetits.com/2024/02/20/el-termometro-de-las-emociones-una-herramienta-para-el-desarrollo-emocional-de-ninos-y-ninas/>
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Tavistock Publications.
- Malca Scharf, B. (2005). Psicología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9(2), 64-67. 0123-312
- Malchiodi, C. (2003). *Handbook of art therapy*. Guilford Press.
- Martí-Augé, P., Mercadal-Brotons, M., y Solé-Resano, C. (2015). La musicoterapia en oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 346–352. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013>
- Martínez-González, P., y Reyes, L. (2019). *Validez y confiabilidad de la RCADS en adolescentes mexicanos*. Acta de Investigación Psicológica, 9(2), 136–150.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., y García-Fernández, J. M. (2019). *Adaptación y validación latinoamericana de la SCAS en población infantil y adolescente*. Acta de Investigación Psicológica, 9(1), 120–135.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Maslow, A. H. (1964). *Religions, values, and peak experiences*. Ohio State University Press.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Van Nostrand Reinhold.
- Máster Universitario en Investigación Biomédica. (2017, Abril 6). *Cáncer: Etiología y prevención*. Universitat de Valencia. <https://www.uv.es/uvweb/master-investigacion-biomedica/es/master-universitario-investigacion-biomedica/cancer-etilogia-prevencion-1285881692190/GasetaRecerca.html?id=1286001638694>

- May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. Ronald Press.
- May, R. (1967). *The cry for myth*. W. W. Norton.
- Mayo Clinic. (2024, Diciembre 5). *Ewing sarcoma*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/ewing-sarcoma/symptoms-causes/syc-20351071>
- Mayo Clinic. (2025, Febrero 21). *Meduloblastoma - Síntomas y causas*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/medulloblastoma/symptoms-causes/syc-20579268>
- MD Anderson Cancer Center. (2025). *Etapas de supervivencia en el cáncer*. Mdandersonhospiten.es. <https://mdandersonhospiten.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/etapas-de-supervivencia-en-el-cancer#:~:text=Aunque%20dos%20de%20cada%20tres,su%20m%C3%A9dico%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria>.
- Medina-Sansona, A., Pazos-Alvarado, E., Pérez-Villanueva, H., y Salgado-Arroyo, B. (2013). Los cuidados paliativos: Un aspecto esencial de la Oncología Pediátrica. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(3), 182–195.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. Plenum Press.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., y Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo10.pdf
- Méndez-Soto, R., Rivera, A., y Ochoa, G. (2018). *Validación del PSI-SF en cuidadores mexicanos: análisis psicométrico y estructural*. *Acta de Investigación Psicológica*, 8(3), 95–110.
- Mera, T. A., Noblecilla Troya, J., Méndez Pérez, B., y Flores Ruíz, A. (2021). Impacto del cáncer en la condición física y calidad de vida en niños, niñas y adolescentes. *VIVE. Revista de Investigación en Salud*, 4(12), 580-590. ISSN: 2664-3243

- Miller, R. E. (2025). *Efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia (para Padres)*. Kids Health. <https://kidshealth.org/es/parents/side-effects.html>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Monroy Nasr, Z., y Álvarez Díaz de León, G. (2012). *Historia de la Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia_de_la_Psicologia_Unidades_1_2_y_3_Alvarez_Diaz_y_Monroy_Nars.pdf
- Mora-Ríos, J., y Natera, G. (2017). *Análisis psicométrico de la HADS en población mexicana de atención médica*. *Salud Mental*, 40(4), 155–162.
- Muestreo en la investigación cualitativa. (2014). En R. Hernández Sampieri (Ed.), *Metodología de la investigación* (pp. 1-589). McGraw-Hill Education. 978-1-4562-2396-0
- Murphy, S., Jamyang Donma, A., Ahola Kohut, S., Weisbaum, E., Plenert, E., & Tomlinson, D. (2022). Mindfulness Practices for Children and Adolescents Receiving Cancer Therapies. *Journal of Pediatric Hematology/ Oncology Nursing*, 39(1), 40-48. 10.1177/27527530211056514
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practice. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 423–432). *Oxford University Press*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Cuidados paliativos*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Cáncer*. World Health Organization.
https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2025, Febrero 4). *Cáncer infantil*. who.int.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>

- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Cáncer en la niñez y la adolescencia*. OPS Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Atención psicosocial del cáncer pediátrico: Módulo 06 – Enfoques transversales*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021, Febrero 16). *Día Internacional del Cáncer Infantil 2021*. OPS Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Módulo 03: Atención de la salud mental*. En *Atención psicosocial del cáncer pediátrico* (pp. 1-16). https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7974_d_AtencionPsicosocialCancerPerdiatrico-Mod3.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Planes Nacionales de Cáncer Infantil*. OPS Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia/planes-nacionales-cancer-infantil>
- Oros, L. (2003). *Escala de resiliencia para niños y adolescentes*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 5(2), 61-77.
- Oros, M. S. (2003). *La resiliencia en niños y adolescentes: construcción y validación de una escala de medición*. Revista Latinoamericana de Psicología, 35(1), 53–70.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X., y Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: La perspectiva cognitivo-conductual psicooncológica. *Psicooncología*, 6(2-3), 413–428.
- Patiño-Fernández, A. M., Pai, A. L., Alderfer, M., Hwang, W. T., Reilly, A., y Kazak, A. E. (2008). Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(2), 289–292.

- Peña, D. A., y Villegas Moreno, M. J. (2020). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con cáncer [Artículo en repositorio]. *Repositorio UCP*.
<https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/1a2e1ce5-dccc-4885-82e9-82da8a4b09f2/content>
- Pérez Campdepadrós, M., y Daniel, M. (2006). Modelo de intervención en oncología pediátrica. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*, 7, 75-84. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Perez-Marta-7.pdf>
- Pérez-García, C., y Luna, A. (2014). *Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Oros en población mexicana escolarizada*. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 110–122.
- Pérez-Hernández, P., Silva, V., y Andrade, P. (2019). *Validez y confiabilidad de la FRAS en familias mexicanas con hijos con enfermedades crónicas*. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(3), 140–155.
- Phipps, S. (2011). Psychosocial interventions in pediatric oncology: A review and future directions. *Psycho-Oncology*, 20(10), 1110–1117. <https://doi.org/10.1002/pon.1938>
- Piaget, J. (1972). *Psychology and pedagogy*. Viking Press.
- Pitillas Salvá, C. (2012). Ayudar al niño con cáncer en lo que necesita: Cuatro usos posibles de la terapia de juego en el campo de la psicooncología pediátrica. *Revista Clínica Contemporánea*, 3(2), 147–161. <https://doi.org/10.5093/cc2012a10>
- Plancarte Sánchez, R. (2022, Septiembre). Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico. *Diario Oficial de la Federación*.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5664215&fecha=13/09/2022#gsc.tab=0
- Pozo Muñoz, C., Bretones Nieto, B., Martos Méndez, M. J., Morillejo, E. A., y Cid Carrique, N. (2015, Agosto). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93-101. 10.1016/j.rlp.2014.07.002

Psicomagister. (2025). Psicooncología: la labor del psicólogo. *Psicomaster.com*.

[https://psicomagister.com/psicooncologia-la-labor-del-](https://psicomagister.com/psicooncologia-la-labor-del-psicooncologo/#:~:text=Se%20encarga%20de%20la%20prevenci%C3%B3n,de%20la%20enfermedad%20del%20c%C3%A1ncer.)

[psicooncologo/#:~:text=Se%20encarga%20de%20la%20prevenci%C3%B3n,de%20la%20enfermedad%20del%20c%C3%A1ncer.](https://psicomagister.com/psicooncologia-la-labor-del-psicooncologo/#:~:text=Se%20encarga%20de%20la%20prevenci%C3%B3n,de%20la%20enfermedad%20del%20c%C3%A1ncer.)

Puente, J., y de Velasco, G. (2019, Diciembre 16). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) © 2019*. <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

Raghunathan, N., & Gubili, J. (2022, Febrero 10). *Mindfulness in Pediatric and Adolescent Patients With Cancer*. The ASCO Post. <https://ascopost.com/issues/february-10-2022/mindfulness-in-pediatric-and-adolescent-patients-with-cancer/>

Ramírez-Zamora, L. M., Llamas-Peregrina, N. E., Lona-Reyes, J. C., y Sánchez-Zubieta, F. A. (2015). *Calidad de vida en niños con cáncer mediante PedsQL Cancer Module*. Revista Mexicana de Pediatría, 82(2), 49-56. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2015/sp152c.pdf>

Rangel, A., Juárez, A., y Méndez, M. (2021). *Propiedades psicométricas de la RCADS en población clínica mexicana adolescente*. Psicología Iberoamericana, 29(3), 45–60.

Reitman, D., Currier, R., & Stickle, T. (2002). *A critical evaluation of the Parenting Stress Index–Short Form (PSI-SF) in a Head Start population*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31(3), 384–392.

Rihuete Galve, M. I., y Fernández Rodríguez, E. J. (2018). *Influencia de un programa de educación al esfuerzo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos con astenia*. Index de Enfermería, 27(1-2), 8-12. ISSN 1699-5988

Rivera, M., Contreras, L., y Juárez, A. (2019). *Evaluación de la comprensión del cáncer en niños mexicanos mediante un cuestionario adaptado*. Revista Latinoamericana de Psicooncología, 7(2), 55–68.

- Rivera-Heredia, M. E., y Andrade, P. (2017). *Adaptación y validación del FACES IV en población mexicana*. Revista Mexicana de Psicología, 34(2), 145–160.
- Rivera Luna, R., Olaya Vargas, A., Velazco Hidalgo, L., Cárdenas Cardós, R., Galván Díaz, C., Ponce Cruz, J., García Vicera, J., y Melchor Vidal, Y. (2024). *The overwhelming problem of childhood cancer in Mexico*. Acta Pediátrica de México, 45(5), 503-510.
<https://doi.org/10.18233/apm.v45i5.2964>
- Riveros, A., Castro, C. G., y Lara-Tapia, H. (2009). *Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos*. Revista Latinoamericana de Psicología, 41(2), 291-304.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80511496008.pdf>
- Riveros, A., Domínguez, C., De Souza, M., y Salas, C. (2009). *Construcción y validación del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 27(2), 95–120.
- Riveros Rosas, A., Sánchez-Sosa, J. J., y Del Águila, M. (2009). *Inventario de calidad de vida y salud: InCaViSa Manual* (1st ed.). Editorial El Manual Moderno. 9786074480122
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (4th ed.). Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting Psychology, 21(2), 95–103<. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rojas-May, G. (2006). *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama*. Revista Médica Clínica Las Condes, 17(4), 194-197. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864006320867>

- Ruiz-Reyes, D., García-Rodríguez, D. M., & Carvajal-Otaño, N. M. (2023). *Expresiones del arte como terapia complementaria al cáncer pediátrico*. *Revista MedEst*, 3(2).
<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/186>
- Ruvalcaba-Romero, N., Gallegos, J., y Torres, A. (2017). *Propiedades psicométricas del FAD en familias mexicanas*. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 45–58.
- Sackowitz, R. (2025, Enero 13). *Systematic Desensitization: Steps, Application, Examples, Efficacy, and Limitations*. Right Choice Recovery.
<https://rightchoicerecoverynj.com/addiction/therapy/systematic-desensitization/>
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J. L., Arce, M., y Amayra, I. (2004). Evaluación y control de síntomas en oncología pediátrica: Una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir. *Psicooncología*, 1(2-3), 231-250. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120231A/16264>
- Salud Pública Infantil. (2025). *KIDSCREEN-52*. kidscreen.org.
<https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/kidscreen-52/>
- Salud Pública Infantil. (2025). *Questionnaires*. kidscreen.org.
<https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/>
- Sandoval, V., Ramírez, R., y López, G. (2018). *Propiedades psicométricas de la PANAS-C en población infantil mexicana*. *Acta de Investigación Psicológica*, 8(1), 45–56.
- Sandoval, V., Veytia, M., y Andrade, P. (2015). *Adaptación y validación de la RCADS en población mexicana escolarizada*. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 25–38.
- Sant Joan de Déu. (2024, Junio 17). *Signs and symptoms of childhood Hodgkin lymphoma*.
 Sjdhospitalbarcelona.org. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/noticias/signos-sintomas-del-linfoma-hodgkin-infantil>
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Science and Behavior Books.

- Savelli, S., y Prasad, P. (2019, Noviembre 20). *Tipos de cáncer en los niños y adolescentes*. HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/cancer/Paginas/Childhood-Cancer.aspx>
- Scarponi, D., & Pession, A. (2016, Diciembre 08). Play Therapy to Control Pain and Suffering in Pediatric Oncology. *Frontier in Pediatrics*, 4(132), 1-4. 10.3389/fped.2016.00132
- Schröder, M. (2003). Impacto emocional y tratamiento psicológico durante la fase terminal. En Die, M. (Ed.). *Psicooncología* (pp. 630-634). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Selvini Palazzoli, M. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Amorrortu Editores.
- Sixbey, M. (2005). *Development of the Family Resilience Assessment Scale to Identify Family Resilience Constructs* (Doctoral dissertation, University of Florida).
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century.
- Soto Chavez, A. (s.f.). *Investigación Diagnóstica Propositiva* | PDF | Diseño | Método científico. Scribd. <https://www.scribd.com/document/463690804/INVESTIGACION-DIAGNOSTICA-PROPOSITIVA>
- Spence, S. H. (1997). *Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study*. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280–297.
- Spiegel, D., y Giese-Davis, J. (2003, Agosto 1). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Mood Disorders and Medical Illness*, 54(3), 269-282. 10.1016/S0006-3223(03)00566-3
- Spirito, A., Stark, L. J., y Williams, C. (1988). *Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations*. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555–574.
- Stam, H., Grootenhuis, M. A., y Last, B. F. (2006). The course of life of survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 15(3), 227–238.

Stanford Medicine Children's Health. (2025). *Ewing Sarcoma in Children*. Stanford Medicine Children's Health. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=ewing-sarcoma-in-children-90-P05869>

Stanford Medicine Children's Health. (2025). *Germ Cell Tumors in Children*. Stanford Medicine Children's Health. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=germ-cell-tumors-in-children-90-P05836>

Stanford Medicine Children's Health. (2025). *Hepatoblastoma in Children*. Stanford Medicine Children's Health. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hepatoblastoma-in-children-90-P05839>

Stiller, C.A. (1994, Mayo 28). Cancer in adolescence. *BMJ*, 308(6941), 1382-1383.

Stritter, W., Everding, J., Luchte, J., Eggert, A., y Seifert, G. (2021). Yoga, Meditation and Mindfulness in pediatric oncology - A review of literature. *Complementary therapies in medicine*, 63, 102791. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102791>

St. Jude Children's Research Hospital. (2023, Febrero). *La salud mental en el recorrido del cáncer*. Together.stjude.org. <https://together.stjude.org/es-us/atenci%C3%B3n-apoyo/psicolog%C3%ADa/salud%20mental.html>

St. Jude Children's Research Hospital. (2018, Junio). *Hodgkin's lymphoma*. St. Jude together. <https://together.stjude.org/es-us/acerca-del-c%C3%A1ncer-pedi%C3%A1trico/tipos/linfoma/linfoma%20de%20Hodgkin.html>

St. Jude Children's Research Hospital. (2018, Junio). *Pineoblastoma en niños y adolescentes - Juntos por St. Jude*. St. Jude together. <https://together.stjude.org/es-us/acerca-del-c%C3%A1ncer-pedi%C3%A1trico/tipos/tumores-cerebro-m%C3%A9dula-espinal/pineoblastoma.html>

- St. Jude Children's Research Hospital. (2018, Junio). *Psicología y servicios de salud mental*. Together.stjude.org. <https://together.stjude.org/es-us/atenci%C3%B3n-apoyo/psicolog%C3%ADa.html>
- St. Jude Children's Research Hospital. (2018, Junio). *Diagnóstico del cáncer infantil*. Together.stjude.org. <https://together.stjude.org/es-us/diagn%C3%B3stico-tratamiento/diagn%C3%B3stico-del-c%C3%A1ncer-infantil.html#:~:text=Pruebas%20m%C3%A9dicas,Punci%C3%B3n%20lumbar>
- St. Jude Children's Research Hospital. (2018, Junio). *Leucemia linfoblástica aguda (LLA) en niños y adolescentes*. St. Jude together. <https://together.stjude.org/es-us/acerca-del-c%C3%A1ncer-pedi%C3%A1trico/tipos/leucemia/leucemia-linfobl%C3%A1stica-aguda-lla.html>
- St. Jude Children's Research Hospital. (2020, Junio). *Leucemia mieloide aguda (LMA) en niños y adolescentes*. St. Jude together. <https://together.stjude.org/es-us/acerca-del-c%C3%A1ncer-pedi%C3%A1trico/tipos/leucemia/leucemia-mieloide-aguda-lma.html>
- St. Jude Children's Research Hospital. (2018, Junio). *Tumores de células germinales (extracraneales) en niños y adolescentes*. St. Jude together. <https://together.stjude.org/es-us/acerca-del-c%C3%A1ncer-pedi%C3%A1trico/tipos/tumores-de-c%C3%A9lulas-germinales-extracraneales.html>
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42(3 Suppl 1), 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Sutich, A. (1969). Editorial preface. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1(1), 1-2.
- Thrane, S. (2013). *Effectiveness of Integrative Modalities for Pain and Anxiety in Children and Adolescents with Cancer: A Systematic Review*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(6), 1-19. 10.1177/1043454213511538

- The Society of Analytical Psychology. (2025). *Individuation and the Self*. The Society of Analytical Psychology. <https://www.thesap.org.uk/articles-on-jungian-psychology-2/about-analysis-and-therapy/individuation/>
- Tobías Imbernón, C., y García-Valdecasas Campelo, J. (2009). *Psicoterapias humanístico-existenciales: Fundamentos filosóficos y metodológicos*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29(2), 121–138
- Tomasetti, C., Li, L., y Vogelstein, B. (2017, Marzo 24). *Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention*. Science, 355(6331), 1330-1334. 10.1126/science.aaf901
- Toro Moncada, A. M., y Pérez-Villa, M. (2021). *Calidad de vida en el paciente pediátrico con cáncer*. Index de Enfermería, 30(1-2). ISSN 1699-5988
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100011
- Trashorras Cerdán, M. (2023). *El impacto psicológico y afrontamiento del cáncer infantil y su diagnóstico bajo la perspectiva de los padres* [Trabajo de fin de máster, Universidad Europea]. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9280/TFM_Maria%20Thas%20horras%20Cerdan.pdf?sequence=1
- Trujillo, P., y Zúñiga, L. (2020). *Validez y confiabilidad de la MSPSS en población clínica mexicana*. Psicología Iberoamericana, 28(2), 115–125.
- Tuca Rodríguez, A., Prat Aparicio, A., Balaguer Prunes, F., Mollà Armandà, M., Valverde Bosch, M., Vilas, V., y Urbano Ispizua, Á. (2018, Noviembre 20). *Causas del Cáncer*. Clínic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer/causas-y-factores-de-riesgo>
- Union Square Practice. (2024, Marzo 20). *Melanie Klien and the "Play Technique"*. Union Square Practice. <https://unionsquarepractice.com/melanie-klien-and-the-play-technique/>
- Vargas Jiménez, R., Brito Sánchez, A. I., Berra Ruiz, E., y Castillo Sotelo, M. (2019, Enero 15). *Estrategias de intervención psicológica en el cáncer infantil y su eficacia: Revisión teórica*.

Revista Electrónica de PortalesMedico.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estrategias-de-intervencion-psicologica-en-el-cancer-infantil-y-su-eficacia-revision-teorica/>

Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E.R., Meeske, K., y Dickinson, P. (2002, Abril). *The PedsQL™ in pediatric cancer: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module*. Cancer, 94(7), 2090-106.

<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/pediatric-quality-of-life-inventory-cancer-module>

Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., y Dickinson, P. (2002). *The PedsQL™ in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales and Cancer Module*. Cancer, 94(7), 2090–2106. <https://doi.org/10.1002/cncr.10428>

Varni, J. W., Seid, M., y Kurtin, P. S. (2002). *The PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations*. Medical Care, 39(8), 800–812.

Vega-López, M. G., Flores, A., y López, P. (2013). *Validación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) en población mexicana*. Revista Mexicana de Psicología, 30(1), 47–58.

Vélez, L. (2010, Julio). *Estudio de la calidad de vida de pacientes pediátricos con cáncer, análisis de las repercusiones de esta patología médica en el estado físico, emocional, social y escolar y su comparación con niños sanos* [Trabajo de grado]. Universidad de los Andes.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Walter, A. W. (2025). *Secuelas del cáncer y el tratamiento contra el cáncer*. Kids Health.

[https://kidshealth.org/es/parents/late-](https://kidshealth.org/es/parents/late-effects.html#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1les%20son%20las%20secuelas%20del,se%20pueden%20tratar%20y%20curar.)

[effects.html#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1les%20son%20las%20secuelas%20del,se%20pueden%20tratar%20y%20curar.](https://kidshealth.org/es/parents/late-effects.html#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1les%20son%20las%20secuelas%20del,se%20pueden%20tratar%20y%20curar.)

- Wiener, L., Pao, M., Kazak, A. E., Noll, R. B., y Patenaude, A. F. (2015). *Pediatric psycho-oncology: Textbook for multidisciplinary care*. Springer.
- Wilber, K. (1977). *The spectrum of consciousness*. Quest Books.
- Wong-Baker FACES Foundation. (2018). *Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale*.
<https://wongbakerfaces.org/>
- World Health Organization. (2021). *CureAll Framework: WHO Global Initiative for Childhood Cancer. Increasing Access, Advancing Quality, Saving Lives*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347370/9789240025271-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zebrack, B., y Isaacson, S. (2012). Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1221–1226.
- Zhang, K., Ma, J., Chen, J., Xu, L., y Gu, C. (2022). Effects of Drawing Therapy on Pediatric Oncology Patients A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 45(2), 397-406.
 10.1097/NCC.0000000000000929
- Zhou, S., Li, H., Yang, Y., Qi, Y., Liu, W., Mo, L., y Wong, C. L. (2025, Abril 23). Effects of art therapy on psychological outcomes among children and adolescents with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 25(149), 2-16.
 10.1186/s12906-025-04866-2
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., y Farley, G. K. (1988). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
- Zisopoulou, T., y Varvogli, L. (2023, Marzo). Stress Management Methods in Children and Adolescents: Past, Present, and Future. *Hormone Research in Paediatrics*, 96(1), 97-107. 10.1159/000526946

Anexos

Anexo A. *Entrevista semiestructurada al paciente infantil, juvenil, y su familia.*

FORMATOS DE ENTREVISTA PSICOONCOLÓGICA INICIAL

Pacientes infantiles, adolescentes y familiares en contexto hospitalario
oncológico

Herramientas de valoración psicológica inicial orientadas a la comprensión
emocional, familiar y simbólica del proceso oncológico.

Nombre del profesional: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

ENTREVISTA PSICOONCOLÓGICA INICIAL - PACIENTE INFANTIL (2 A 11 AÑOS)

Formato clínico. Uso exclusivo para valoración psicológica infantil en contexto oncológico.

Nombre del entrevistador: _____ Fecha de aplicación: _____

I. DATOS GENERALES.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: () M () F

Escolaridad: _____ Teléfono: _____

Hospital / Área: _____

Diagnóstico (fase de la enfermedad): _____

Tratamiento médico: _____

Médico encargado: _____

II. MOTIVO DE REFERENCIA.

Describir el motivo por el cual el paciente es referido al área de psicooncología.

III. COMPRENSIÓN DEL PROCESO MÉDICO.

Explorar lo que el paciente sabe o cree acerca de su enfermedad, hospitalización y tratamiento.

1. ¿Sabes por qué vienes al hospital? _____

2. ¿Qué te han dicho los doctores o tus papás sobre lo que tienes? _____

3. ¿Sabes para qué sirven las medicinas o los tratamientos que te dan? _____

4. (A padres/cuidadores) ¿Cómo ha sido el proceso de comunicar el diagnóstico? _____

5. Observaciones del entrevistador:

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

IV. ÁREA EMOCIONAL.

Registrar emociones predominantes frente al diagnóstico, hospitalización y tratamientos.

1. Emociones expresadas verbalmente o a través del juego/dibujo: _____
2. Estrategias de afrontamiento observadas: _____
3. Nivel de ansiedad o miedo: _____
4. (A padres/cuidadores) ¿Qué cambios emocionales han notado en su hijo/a desde el diagnóstico? _____
5. Observaciones clínicas: _____

V. ÁREA FAMILIAR.

Identificar redes de apoyo y dinámicas familiares percibidas por el niño.

1. ¿Con quién vives? _____
2. ¿Quién te acompaña al hospital? _____
3. ¿Qué hacen tus papás o hermanos cuando vienes aquí? _____
4. (A padres/cuidadores) ¿Cómo es la dinámica en casa? ¿Qué cambios han notado en el comportamiento de su hijo/a desde el diagnóstico? _____
5. Observaciones sobre vínculo y apoyo familiar: _____

VI. REGISTRO SIMBÓLICO Y PROYECCIÓN.

Técnicas recomendadas: dibujo libre, "dibuja cómo te sientes", juego proyectivo o cuento co-construido.

1. Símbolos o temas emergentes: _____
2. Interpretación general del registro simbólico: _____

VII. CONCLUSIÓN.

Síntesis del estado emocional del paciente, factores protectores, necesidades detectadas y propuesta inicial de intervención.

VIII. OBSERVACIONES ADICIONALES.

Se registra el modo en que el niño se aproxima al entrevistador, disposición, lenguaje no verbal y nivel de confianza.

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

| | |
|-----------------------|--|
| Apariencia física. | |
| Actitud. | |
| Conciencia (insight). | |
| Orientación. | |
| Lenguaje. | |
| Afecto. | |
| Curso de pensamiento. | |
| Respuestas motoras. | |
| Síntomas emocionales. | |
| Memoria. | |
| | |
| | |

Observaciones iniciales: _____

 Firma del Psicólogo(a) Entrevistador(a)

 Firma del Padre/Madre o Tutor

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

ENTREVISTA PSICOONCOLÓGICA INICIAL - PACIENTE ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

Formato clínico. Uso exclusivo para valoración psicológica en contexto oncológico.

Nombre del entrevistador: _____ Fecha de aplicación: _____

I. DATOS GENERALES.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: () M () F

Escolaridad: _____ Teléfono: _____

Hospital / Área: _____

Diagnóstico (fase de la enfermedad): _____

Tratamiento médico: _____

Médico encargado: _____

II. MOTIVO DE REFERENCIA.

Describir brevemente el motivo de referencia al área psicooncológica y la situación actual del paciente.

III. COMPRENSIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

Explorar el nivel de conocimiento y las ideas del adolescente acerca de su diagnóstico.

1. ¿Qué te han dicho los médicos o tus papás sobre lo que tienes? _____

2. ¿Cómo entiendes lo que significa tener cáncer? _____

3. ¿Qué piensas o sientes cuando escuchas esa palabra? _____

4. Observaciones del entrevistador: _____

IV. REACCIONES EMOCIONALES.

Registrar las emociones predominantes ante el diagnóstico, la hospitalización y los procedimientos.

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

1. Emociones expresadas: _____
2. Formas de afrontamiento observadas o relatadas: _____
3. Temores, dudas o preocupaciones manifestadas: _____
4. Observaciones clínicas: _____

V. CAMBIOS PERCIBIDOS EN SU VIDA.

Explorar la percepción del adolescente sobre los cambios que ha implicado el diagnóstico.

1. ¿Qué cosas han cambiado desde que estás en el hospital o sabes de tu diagnóstico? _____
2. ¿Qué cosas extrañas o te gustaría volver a hacer? _____
3. ¿Cómo te llevas con tus amigos y compañeros desde entonces? _____
4. Observaciones clínicas: _____

VI. ÁREA FAMILIAR Y RED DE APOYO.

Explorar la percepción del adolescente sobre su familia y figuras de apoyo.

1. ¿Con quién vives? _____
2. ¿Quién te acompaña al hospital? _____
3. ¿Qué hacen tus papás o hermanos cuando estás triste o asustado? _____
4. Personas que considera importantes o de confianza: _____
5. ¿Qué cambios has observado en la interacción de tu familia? _____
6. Observaciones clínicas: _____

VII. REGISTRO SIMBÓLICO Y PROYECCIÓN.

Técnicas sugeridas: dibujo libre, metáfora personal ("si tu enfermedad fuera algo o alguien, ¿qué sería?"), escritura breve o cuento co-construido.

1. Símbolos o temas emergentes: _____
2. Interpretación general del registro simbólico: _____
3. Observaciones clínicas: _____

VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

Síntesis de la evaluación psicológica inicial, principales reacciones observadas y recomendaciones para el seguimiento.

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

IX. OBSERVACIONES ADICIONALES.

Registrar la disposición del adolescente al contacto, su apertura, lenguaje verbal/no verbal y nivel de confianza.

| | |
|-----------------------|--|
| Apariencia física. | |
| Actitud. | |
| Conciencia (insight). | |
| Orientación. | |
| Lenguaje. | |
| Afecto. | |
| Curso de pensamiento. | |
| Respuestas motoras. | |
| Síntomas emocionales. | |
| Memoria. | |
| | |
| | |

Observaciones iniciales: _____

Firma del Psicólogo(a) Entrevistador(a)

Firma del Padre/Madre o Tutor

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

ENTREVISTA PSICOONCOLÓGICA INICIAL - PADRES, CUIDADORES PRIMARIOS Y HERMANOS

Formato clínico. Uso exclusivo para valoración psicológica familiar en contexto oncológico.

Nombre del entrevistador: _____ Fecha de aplicación: _____

I. DATOS GENERALES.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: () M () F

Escolaridad: _____ Teléfono: _____

Hospital / Área: _____

Diagnóstico (fase de la enfermedad): _____

Tratamiento médico: _____

Médico encargado: _____

Nombre del informante: _____ Parentesco: _____

II. MOTIVO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES.

Describir el motivo de la entrevista y los antecedentes familiares relevantes (historia médica, dinámica previa, eventos significativos).

III. REACCIÓN EMOCIONAL ANTE EL DIAGNÓSTICO

Registrar las emociones iniciales experimentadas por la familia tras conocer el diagnóstico del menor.

1. ¿Cómo recibieron la noticia del diagnóstico? _____

2. ¿Qué sintieron usted y su familia en ese momento? _____

3. ¿Qué ha sido lo más difícil desde entonces? _____

4. Observaciones del entrevistador: _____

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

IV. PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DEL TRATAMIENTO.

Explorar la comprensión y significados que la familia atribuye a la enfermedad y al proceso médico.

1. ¿Qué explicación te han dado a su hijo/a sobre su enfermedad? _____
2. ¿Cómo vive su hijo/a los procedimientos o tratamientos? _____
3. ¿Qué cambios ha notado en su comportamiento o estado de ánimo? _____
4. Observaciones clínicas: _____

V. DINÁMICA FAMILIAR Y ROLES DE CUIDADO.

Describir la estructura familiar, distribución de roles y ajustes realizados desde el diagnóstico.

1. ¿Quién se encarga del cuidado principal del niño/a? _____
2. ¿Cómo se organizan las tareas domésticas o laborales durante los tratamientos? _____
3. ¿Qué cambios ha habido en la convivencia familiar? _____
4. Observaciones clínicas: _____

VI. IMPACTO EN LOS HERMANOS (SI APLICA).

Explorar reacciones emocionales o conductuales observadas en los hermanos.

1. ¿Tienen otros hijos? ____ ¿Cuántos? ____ Edad(es): _____
2. ¿Qué saben los hermanos sobre la enfermedad? _____
3. ¿Cómo se comportan con el niño/a enfermo/a? _____
4. ¿Han mostrado cambios en su conducta, ánimo o rendimiento escolar? _____
5. Observaciones clínicas: _____

VII. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RECURSOS FAMILIARES.

Registrar los recursos emocionales, espirituales, sociales y económicos de la familia.

1. ¿Qué cosas les han ayudado a sobrellevar esta situación? _____
2. ¿Con quiénes cuentan para apoyo (familia, amigos, instituciones)? _____
3. ¿Han recibido acompañamiento psicológico o espiritual? _____
4. Observaciones clínicas: _____

VIII. NECESIDADES PERCIBIDAS Y EXPECTATIVAS DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO.

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

Explorar las necesidades expresadas por la familia y sus expectativas sobre el apoyo psicológico.

1. ¿Qué espera del acompañamiento psicológico? _____

2. ¿Qué considera que podría ayudar más a su hijo/a y a su familia en este momento?

3. Observaciones del entrevistador: _____

IX. SÍNTESIS E IMPRESIÓN CLÍNICA DEL ENTREVISTADOR(A).

Resumen de la dinámica familiar observada, recursos, factores de riesgo y recomendaciones para seguimiento.

Firma del Psicólogo(a) Entrevistador(a)

Firma del Padre/Madre o Tutor

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

Anexo B.**Figura 1. Registro emocional: pictogramas.**

Diseñado por: Estrella Amayrani Hernández Anguiano

Nota. Elaboración propia con base al modelo de atención psicológica (2025).

Anexo C.

Figura 2. Registro emocional: escala visual de registro emocional.



Diseñado por: Estrella Amayrani Hernández Anguiano

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

Anexo D.

Figura 3. Escala de caritas de Wong-Baker (Wong-Baker FACES PAIN RATING SCALE).



Explique

La cara 0 es que no duele en absoluto. La cara 2 es que duele solo un poco. La cara 4 es que duele un poco más. La cara 6 es que duele incluso más. La cara 8 es que duele bastante más. La cara 10 es el peor dolor posible, aunque no tienes que estar llorando para sentirte tan mal.

Nota. Tomado de “Wong-Baker FACES Pain Rating Scale”, por Wong-Baker FACES Found 1993. Wong Baker Foundation. Fuente: <https://wongbakerfaces.org/>

Anexo E.

Figura 4. Termómetro de las emociones.



Nota. Tomado de “El termómetro de las emociones: una herramienta para el desarrollo emocional de niños y niñas”, por Mons Petits, 20 de feb. 2024. Recuperado de <https://monspetits.com/2024/02/20/el-termometro-de-las-emociones-una-herramienta-para-el-desarrollo-emocional-de-ninos-y-ninas/>

The diagram is a circular chart with five main segments representing primary emotions. Each segment is further divided into secondary and tertiary emotions, creating a total of 48 distinct emotional states.

- Ira (Anger - Red):**
 - Desquiciado
 - Odioso
 - Amenazado
 - Herido
 - Rechazado
 - Sumiso
 - Inseguro
 - Asustado
- Disgusto (Disgust - Orange):**
 - Agresivo
 - Frustrado
 - Distante
 - Critico
 - Desaprobado
 - Decepcionado
 - Terrible
 - Evasivo
 - Culpable
- Tristeza (Sadness - Green):**
 - Ansioso
 - Abandonado
 - Desesperado
 - Deprimido
 - Solitario
 - Aburrido
 - Optimista
 - Intimo
 - Pacífico
 - Poderoso
 - Aceptado
 - Orgullosa
- Felicidad (Happiness - Yellow):**
 - Esperanzado
 - Sensible
 - Jugueterón
 - Receptivo
 - Inspirado
 - Indiferente
 - Apático
 - Apartado
 - Vacío
 - Inferior
 - Vulnerable
 - Impotente
 - Discriminado
 - Ignorado
 - Abrumado
 - Anhelante
 - Avergonzado
 - Atormentado
 - Indeciso
 - Aversivo
 - Detestable
 - Repulsivo
 - Rebelado
 - Repugnante
 - Aborrecido
 - Sentencioso
 - Sarcástico
 - Sospechoso
 - Retraído
 - Irritado
 - Enfadado
 - Hostil
 - Provocado
 - Rabioso
 - Enfurecido
 - Violado
 - Resentido
 - Celoso
 - Inseguro
 - Devastado
 - Apenado
 - Ridiculizado
 - Perturbado
 - Inadecuado
 - Insignificante
 - Indignado
 - Inferior
 - Pobre
 - Espantado
 - Aterrado
- Miedo (Fear - Purple):**
 - Entretenido
 - Curioso
 - Impresionado
 - Consternado
 - Desilucionado
 - Perplejo
 - Atónito
 - Pasmado
 - Inquieto
 - Energico
 - Liberado
 - Eufórico
 - Importante
 - Confiado
 - Respetado
 - Realizado
 - Provocativo
 - Valiente
 - Amoroso

Personas y Equipos Productivos. Recuperado de <https://www.albarbero.com/2021/07/la-rueda-de-las-emociones.html>

Anexo G.**Figura 6. Registros simbólicos.**

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

Anexo H.

Figura 7. Mindfulness para adolescentes.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

Anexo I.

Figura 8. Técnicas de grounding para adolescentes.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

Anexo J.

Figura 9. Orientaciones de autocuidado: “Plan personal de bienestar”.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

Anexo K. *Consentimiento informado.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPERTOS PARTICIPANTES

Título del estudio:

Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos.

Investigadora responsable:

Estrella Amayrani Hernández Anguiano.

Egresada de la Licenciatura en Psicología.

Universidad Vasco de Quiroga.

La presente investigación tiene como finalidad diseñar un modelo teórico de atención psicológica dirigido a la promoción de la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer, basado en la evidencia científica y en el consenso de profesionales expertos en psicooncología pediátrica.

Su participación contribuirá a identificar estrategias, técnicas y lineamientos fundamentales para fortalecer la atención psicológica dentro del contexto hospitalario y familiar.

Asimismo, su participación consiste en responder una entrevista estructurada de carácter confidencial, con una duración aproximada de 40 a 60 minutos. La participación es completamente voluntaria y altruista, por lo que no se otorgará ningún tipo de compensación económica o material por su colaboración.

Usted tiene derecho a no responder alguna pregunta si así lo desea, o a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique sanción o consecuencia alguna.

Además, el presente estudio no representa riesgos físicos, psicológicos ni legales para los participantes. Entre los beneficios se encuentra contribuir al desarrollo de conocimiento científico y práctico en el campo de la psicooncología pediátrica, así como al fortalecimiento de los modelos de atención psicológica basados en la evidencia.

La información proporcionada será tratada de manera confidencial y anónima. Y los datos obtenidos se utilizarán exclusivamente con fines académicos y científicos,

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

dentro del marco de esta investigación, y serán presentados en forma general sin mencionar nombres ni datos personales que permitan su identificación.

Declaro que he leído y comprendido la información anterior.

He recibido aclaración de mis dudas y otorgo mi consentimiento libre y voluntario para participar en esta investigación.

Nombre del participante (experto): _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora responsable: _____

Lugar: _____

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

Anexo L. Entrevista semiestructurada a expertos.

Formato de entrevista semiestructurada a expertos.

Universidad Vasco de Quiroga.

Licenciatura en Psicología.

Tesis: "Modelo de atención psicológica para la promoción de la calidad de vida en niños con cáncer: una propuesta teórica basada en la evidencia y el consenso de expertos".

Código del participante: E1/ E2/ E3/ E4

Fecha de aplicación: _____


Preguntas.

1. ¿Cómo define calidad de vida en niños con cáncer?
2. ¿Qué intervenciones han mostrado mayor efectividad?
3. ¿Cuáles son los factores claves que determinan la efectividad de un modelo de atención psicológica?
4. ¿Cómo evaluaría la efectividad del modelo de atención?
5. ¿Qué indicadores de éxito utilizaría?
6. ¿Qué diferencias existen en la efectividad de las intervenciones según la edad del paciente?
7. ¿Cómo adaptaría las técnicas y estrategias según el desarrollo del niño?
8. ¿Qué elementos relevantes deberían incorporarse en el diseño de un modelo de atención psicológica?
9. ¿Qué dimensiones considera más importantes de evaluar?
10. ¿Cuáles son los principales desafíos al adaptar la intervención psicológica de acuerdo con el progreso de la enfermedad?
11. ¿Cómo integra los aspectos médicos, psicológicos, sociales y educativos en la intervención?
12. ¿En qué etapas del tratamiento es crucial realizar la intervención?

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

13. ¿Qué estrategias utiliza para cada fase del tratamiento?
14. De acuerdo con su criterio, ¿cómo considera que debería estructurarse la atención psicológica en las diferentes fases del tratamiento oncológico?
15. ¿Qué recursos humanos y materiales serían necesarios dentro del modelo de atención psicológica?
16. ¿Con qué frecuencia e intensidad se recomienda implementar la atención psicológica?
17. ¿Cuáles son los desafíos más comunes al implementar modelos de atención psicológica en oncología infantil?
18. ¿Cómo podría garantizarse la sostenibilidad de un modelo de atención psicológica en oncología infantil?
19. ¿Cómo abordaría el manejo de ansiedad a causa de los procedimientos médicos en la intervención psicológica y qué estrategias implementaría?
20. ¿Cómo abordaría la depresión por los cambios en la imagen corporal en la intervención psicológica y qué estrategias implementaría?
21. ¿Cómo abordaría los miedos relacionados con la muerte en la intervención psicológica y qué estrategias implementaría?
22. ¿Cómo abordaría la reintegración social y escolar en la intervención psicológica y qué estrategias implementaría?
23. ¿Cuál es el impacto emocional y psicológico más relevantes que debería priorizarse en la intervención?

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).

- 
24. ¿Qué elementos de coordinación interdisciplinaria son esenciales para la implementación efectiva de una intervención?
 25. ¿Qué estrategias de comunicación y colaboración han demostrado ser efectivas entre los profesionales de distintas disciplinas para garantizar una atención integral?
 26. ¿Cómo se puede involucrar activamente a la familia en la implementación de un modelo de atención psicológica?
 27. ¿Cómo se puede manejar la dinámica familiar alterada?
 28. ¿Qué modelos y enfoques psicológicos considera adecuados y/o efectivos de utilizarse dentro de una atención psicológica?
 29. ¿Qué aspectos que no se han abordado considera importantes?
 30. ¿Tiene alguna recomendación específica para el modelo de atención psicológica?
 31. ¿Qué investigaciones relevantes se deberían de revisar?

Nota. Elaboración propia de acuerdo con el modelo de atención psicológica (2025).