



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Evaluación psicológica en niños con cáncer: herramientas para la detección de dificultades psicológicas durante el tratamiento oncológico y posibles medidas de afrontamiento

Autor/a: Ariana Vargas Paredes
Director/a: Regina Clara Taboada Russo

Madrid
2025/2026

Table of Contents

1. Introducción	3
1.1. Justificación del tema	3
1.2. Objetivos del trabajo.....	4
2. Marco teórico y contextual.....	5
2.1. El cáncer infantil: definición, tipos y prevalencia	5
2.2. Impacto del cáncer y sus tratamientos en el desarrollo infantil	8
2.3. Conceptualización de los problemas emocionales y cognitivos en niños con cáncer9	
2.4. Importancia de la evaluación psicológica en el ámbito oncológico pediátrico ..	11
3. Resultados de la revisión	11
3.1. Proceso de evaluación psicológica.....	11
3.1.1. Pruebas para la detección de problemas emocionales en oncología pediátrica	17
3.1.2. Pruebas para la evaluación de funciones cognitivas en oncología pediátrica	Error! Bookmark not defined.
3.2. Ventajas y limitaciones de las herramientas más utilizadas ...	Error! Bookmark not defined.
3.3. Medidas de afrontamiento ante posibles dificultades psicológicas	25
3.4. Evidencia de eficacia en la práctica clínica	27
4. Discusión.....	29
4.1. Interpretación de los hallazgos en relación con los objetivos planteados.....	29
4.2. Relevancia de la evaluación psicológica para la intervención y el seguimiento.	30
4.3. Implicaciones clínicas y recomendaciones para profesionales de la salud	30
4.4. Limitaciones de esta revisión	31
5. Conclusiones	32
5.1. Síntesis de los hallazgos principales	32
5.2. Aportaciones del TFG a la práctica clínica y a la investigación	33
5.3. Futuras líneas de investigación	33
6. Referencias bibliográficas	34
7. Anexos.....	41

1. Introducción

1.1. Justificación del tema

El tema a desarrollar en el presente Trabajo de Fin de Grado es la evaluación psicológica en niños con cáncer. El motivo por el que he decidido abordar esta temática es para poder realizar una revisión bibliográfica sobre las herramientas para la detección de dificultades intrapersonales durante el tratamiento oncológico y posibles medidas de afrontamiento. Asimismo, determinar la labor que desempeña el psicólogo en la trata de niños con cáncer. Actualmente, la situación en España es alarmante. La psicooncología, a día de hoy, sigue sin ser reconocida como una especialidad oficial. Es un área específica que corresponde a la psicología clínica, y por tanto, sufre una carencia aún mayor; especialmente en el sistema público de salud.

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2025), en 2024 se diagnosticaron 963 nuevos casos de cáncer infantil (0-14 años), mientras que para 2025 se prevé una incidencia de 918 casos, lo que supondría una disminución del 4,7 % en la población oncológica infantil en España. Los avances médicos y tecnológicos han permitido una mejora en el diagnóstico y tratamiento de miles de niños. No obstante, el abordaje psicológico sigue siendo una dimensión secundaria, a pesar de su impacto directo en la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la recuperación emocional del menor y su familia. Estudios confirman la imposibilidad de tratar un cáncer pediátrico desde un abordaje exclusivamente médico. Por el contrario, se necesita de una atención integral considerando planes de acción psicológicos que den respuesta a los aspectos cognitivos, emocionales y sociales de los pacientes (Marcus, 2012).

Que un menor sea diagnosticado de una enfermedad la cual no tiene cura definitiva, supone una gran cantidad de dificultades tanto para este como para su familia. Las prioridades cambian, y las necesidades que hay que cubrir son distintas. Un proceso oncológico no afecta solo somáticamente, sino también a nivel psicológico, social, económico, educativo, laboral, entre otros. Así pues, la labor del psicólogo en este campo es ayudar a los pacientes durante el proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad desarrollando estrategias de intervención y proporcionando posibles medidas de afrontamiento. Asimismo, busca por sobre todo, procurar el bien para el paciente realizando una evaluación de los posibles bienes y daños, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos. En este contexto, y en general, en el contexto hospitalario, el trabajo del psicólogo es igual de importante que el de un médico.

Como ya hemos mencionado anteriormente, no es posible afrontar un cáncer pediátrico desde un abordaje exclusivamente médico.

El cáncer es una enfermedad que no solo afecta a quien la padece, sino también a la familia y entorno cercano del niño. Por ello, durante todo el proceso oncológico, la familia es un pilar fundamental. Es una pieza esencial que hará de sostén para el niño que atraviesa la enfermedad. Por lo que, así como es tomada en cuenta la salud mental del paciente, es relevante también tener en cuenta el apoyo que se brinda a la familia previniendo así alguna posible patología, pues afectaría de manera significativa en la calidad del vínculo emocional y afectivo establecido con el paciente. Cuando una familia recibe un diagnóstico de este tipo, atraviesa una serie de dificultades físicas y psicológicas muchas veces acompañadas de incertidumbre y, en muchos casos, desconocimiento. Por ello, se vuelve fundamental que el psico-oncólogo realice, paralelamente, una intervención con los familiares; de modo que estos puedan brindar atención óptima al paciente oncológico.

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es obtener mayor información sobre la evaluación psicológica en niños con cáncer, el papel del psicólogo en este campo, analizar las herramientas/recursos existentes en España para la detección de dificultades intrapersonales en el paciente y las medidas de afrontamiento que se plantean. Asimismo, dar a conocer la labor del psicólogo en este ámbito de modo que se logre dar visibilidad a su papel dentro del contexto hospitalario y promover una atención verdaderamente integral.

1.2. Objetivos del trabajo

Objetivo general

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es analizar las herramientas de evaluación psicológica utilizadas en niños con cáncer. El cáncer es una enfermedad, en su mayoría, impredecible, y por ello conlleva una fuerte carga emocional y potencialmente traumática tanto para el menor como para su entorno. Comprender este fenómeno implica no solo atender al diagnóstico médico, sino también a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que se derivan del proceso oncológico. En ese sentido, otro de los objetivos de esta revisión bibliográfica es identificar las principales medidas de afrontamiento que pueden favorecer el bienestar y la adaptación de estos pacientes.

Objetivos específicos

- Revisar la literatura científica sobre evaluación psicológica en oncología pediátrica.
- Describir las principales herramientas y métodos empleados actualmente.
- Proponer orientaciones o medidas de afrontamiento complementarias basadas en la evidencia revisada.

2. Marco teórico y contextual

2.1.El cáncer infantil: definición, tipos y prevalencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud:

«Cáncer» es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad. (2022).

La prevalencia del cáncer infantil constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se diagnostican aproximadamente 400 000 casos nuevos de cáncer en niños y adolescentes de entre 0 y 19 años, siendo esta enfermedad una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la adolescencia. (OMS., 2022).

La supervivencia del cáncer infantil presenta importantes desigualdades entre países, estrechamente relacionadas con el nivel de ingresos y la capacidad de los sistemas sanitarios. En países de ingresos altos, como Estados Unidos, más del 80% de los niños diagnosticados con cáncer logran curarse, gracias al diagnóstico precoz, la disponibilidad de tratamientos oncológicos especializados, el seguimiento continuo y el acceso a sistemas de salud altamente desarrollados.

Por el contrario, en países de ingresos bajos, como Perú, la supervivencia del cáncer infantil es considerablemente menor, situándose en muchos casos por debajo del 50%. Esta situación se explica no solo por el diagnóstico incorrecto o tardío y las dificultades de acceso a centros especializados, sino también por la escasez de médicos oncólogos pediatras a nivel

nacional, lo que limita la capacidad del sistema sanitario para ofrecer una atención oportuna y especializada, especialmente fuera de la capital.

Así pues, estas diferencias indican que la supervivencia del cáncer infantil depende en gran medida de las condiciones del sistema sanitario de cada país, del acceso a la atención especializada y de la disponibilidad de profesionales capacitados, lo que genera marcadas desigualdades entre naciones.

Los tipos de cáncer pediátricos son múltiples, por lo que conviene agruparlos en neoplasias hematológicas y sólidas.

A. Morales (comunicación personal, 6 de enero de 2026) expresa que los tumores en sangre más comunes en menores son:

1. Leucemia: es el cáncer de la sangre, no genera tumores. Se conoce como una neoplasia patológica y se caracteriza por una proliferación de los glóbulos blancos de manera desorganizada generando un aspecto blanquecino en la sangre y una importante disminución de glóbulos rojos y plaquetas. La leucemia se clasifica según el tipo de células sanguíneas afectadas y la rapidez con la que se desarrolla la enfermedad.

- Leucemia aguda
 - Leucemia linfocítica aguda (ALL): afecta a los linfoblastos inmaduros, células anormales que se proliferan de forma descontrolada y que desplazan a las células sanas causando déficit funcional del sistema inmunitario, lo que aumenta la susceptibilidad a enfermedades.
 - Leucemia mieloide aguda (AML): afecta a los mieloblastos inmaduros que normalmente darían lugar a los glóbulos rojos, blancos y plaquetas, esenciales para la coagulación de la sangre. La proliferación descontrolada de estas células anormales podría provocar dificultades en la coagulación, entre otras complicaciones.
- Leucemias crónicas
 - Leucemia linfocítica crónica (CLL): aunque es de las menos comunes en niños, es un tipo de cáncer prolongado que afecta a la proliferación anormal de linfocitos maduros en la médula ósea y en la sangre periférica.
 - Leucemia mieloide crónica (CML): se desarrolla de forma lenta y, al igual que la leucemia linfocítica crónica, es poco frecuente en la

población oncológica pediátrica. Se caracteriza por la proliferación descontrolada de las células mieloides más maduras, provocando dificultades en la producción normal de células sanguíneas.

2. **Linfomas:** los linfomas son un tipo de cáncer que se origina en el sistema linfático, principalmente en los ganglios linfáticos, y se caracterizan por la proliferación anormal de linfocitos. A diferencia de las leucemias, los linfomas se desarrollan a partir de linfocitos en etapas más avanzadas de su maduración, y se clasifican en dos grandes grupos en función de las características celulares.
 - Linfoma de Hodgkin: las células cancerígenas en este tipo de linfoma se conocen como Células de Reed-Sternberg y generalmente son de tipo anormal de linfocitos B. Dichas células anormales tienden a propagarse de manera ordenada de un grupo de ganglios linfáticos a otro.
 - Linfoma no Hodgkin: este linfoma puede originarse a partir de linfocitos B o linfocitos T. A diferencia del linfoma de Hodgkin, suele propagarse de forma menos ordenada a través del sistema linfático.

Por otro lado, respecto a los tumores sólidos, A. Morales (comunicación personal, 6 de enero de 2026) refiere con mayor incidencia en menores los siguientes:

1. **Tumores del sistema nervioso central:** esta es la segunda forma de cáncer infantil más frecuente después de las leucemias y representan el tumor sólido más frecuente en la infancia. Según su localización puede producir vómitos, mareos, convulsiones, dolores de cabeza, entre otros.
2. **Neuroblastoma:** es un tipo de cáncer originado en los neuroblastos, células nerviosas inmaduras que forman parte del desarrollo normal del niño. En la mayoría de los casos, estas células maduran y desaparecen, pero en otros, se vuelven cancerosas formando un tumor. Suele tener inicio en las glándulas suprarrenales, encima de los riñones. Puede generar cansancio persistente, bulto en el abdomen, dolor óseo, hematomas y círculos oscuros alrededor de los ojos.
3. **Tumor de Wilms o Nefroblastoma:** tipo de cáncer renal generalmente observado en niños menores de cinco años. Comienza en las células embrionarias del riñón, es decir, en las células que se forman mientras el bebé se encuentra en el útero de la madre. Suele presentarse como una masa abdominal palpable que puede provocar en el niño

sintomatología como dolor abdominal, fiebre, anemia, hematuria e hipertensión. Generalmente es unilateral (se da en un solo riñón), aunque también puede ser bilateral.

4. **Retinoblastoma:** cáncer presentado a nivel de la retina del ojo. Es producido cuando las células de esta capa, por un cambio genético, crecen en tamaño y cantidad formando un tumor y pudiendo propagarse a otras partes del cuerpo incluido la columna vertebral y el cerebro. Puede generar desviación de los ojos, inflamación, ojo rojo (enrojecido), baja visión, entre otros.
5. **Rabdomiosarcoma:** sarcoma (tumor) de partes blandas generalmente presente a nivel de los miembros superiores e inferiores. Este tipo de cáncer puede ocurrir a cualquier edad, no obstante, afecta más a menudo a los niños. Aunque el rabdomiosarcoma puede surgir en cualquier parte del cuerpo, es más probable que comience en la zona de la cabeza y el cuello, el sistema urinario, el sistema reproductor, los brazos y las piernas. La sintomatología que podría producir dependerá de la ubicación del cáncer (por ejemplo: si el cáncer se encuentra en el área de la cabeza o del cuello, los síntomas que pueden comprender, entre otros, son: dolor de cabeza, protuberancia o hinchazón en los ojos, sangrado en la nariz, garganta u oídos).
6. **Osteosarcoma:** tipo de cáncer a los huesos. Generalmente se presenta con una tumoración de crecimiento progresivo en las extremidades pudiendo generar dolor localizado en el sitio del tumor. Suele localizarse en los huesos más largos como el fémur y la tibia.
7. **Sarcoma de Ewing:** tumor maligno con afección general en los huesos planos, aunque también puede afectar a los tejidos blandos. Suele manifestarse con dolor óseo persistente, inflamación local y, en algunos casos, síntomas generales como fatiga.

2.2. Impacto del cáncer y sus tratamientos en el desarrollo infantil

Las formas más habituales de tratamiento oncológico infantil son la cirugía, quimioterapia, radioterapia, trasplante de células madre, terapia dirigida e inmunoterapia. En primer lugar, la cirugía se emplea principalmente en el manejo de tumores sólidos. Por otro lado, la radioterapia, consiste en la aplicación de altas dosis de radiación para eliminar las células cancerosas y sirve para el control local de distintos tipos de tumores. Por otra parte, la quimioterapia consiste en la aplicación de una combinación de medicamentos para ayudar a destruir las células cancerosas. A su vez, el trasplante de células madre, se realiza para reemplazar las células madre de la médula ósea que son destruidas por la enfermedad,

quimioterapia y/o radioterapia. Por otro lado, la terapia dirigida es otra de las formas de tratamiento oncológico que bloquea específicamente las moléculas o genes que impulsan el crecimiento de las células cancerosas. A diferencia de la quimioterapia, que ataca células tanto sanas como malignas, la terapia dirigida, actúa únicamente sobre el blanco molecular identificado en el tumor. Finalmente, la inmunoterapia consiste en intentar activar mediante fármacos el sistema inmune del paciente para que sea éste capaz de reconocer el tumor y enfrentarlo. A diferencia de la quimioterapia, mediante la inmunoterapia no atacamos directamente al tumor, sino que intentamos que sean las defensas del propio paciente las que reconozcan al tumor como algo externo y lo traten de combatir.

El cáncer tiene un importante impacto en el desarrollo infantil. Con frecuencia, a raíz de los tratamientos suministrados a los pacientes, las células sanas del cuerpo también se ven afectadas, bajando especialmente la hemoglobina, plaquetas, defensas y energía. El paciente pediátrico experimenta síntomas físicos como náuseas/vómitos, fatiga extrema y variación en el peso. A su vez, al conocer el diagnóstico, el niño se enfrenta a un amplio repertorio de emociones tales como miedo, incertidumbre, ansiedad, depresión o soledad, los cuales serán desarrollados en el siguiente apartado.

2.3. Conceptualización de los problemas emocionales y cognitivos en niños con cáncer

En el contexto del cáncer infantil, los problemas emocionales y cognitivos se entienden como un conjunto de dificultades que pueden aparecer durante el curso de la enfermedad y su tratamiento, afectando al bienestar psicológico y al funcionamiento cognitivo del niño.

En principio, en cuanto a los problemas emocionales; la ansiedad evidenciada en pacientes oncológicos pediátricos surge debido a diferentes factores. Los niños atraviesan un cambio de vida importante donde suelen sentirse atemorizados frente a los médicos y procedimientos quirúrgicos pudiendo incluso llegar a manifestar una ansiedad anticipatoria expresada por vómitos, llantos o insomnio.

Por su parte, la depresión puede observarse en los niños a través de síntomas como la irritabilidad, tristeza, desesperanza, llantos, problemas de sueño, pérdida de interés por actividades anteriormente placenteras, entre otros. Así mismo, el paciente puede mostrar un bajo estado de ánimo, lo que repercute en su calidad de vida y disposición para afrontar la enfermedad.

Dado que la mayoría de casos requieren hospitalización, y por tanto, se presenta una interrupción de la escolarización, gran parte de la población oncológica infantil sufre de un considerable aislamiento social manifestado a través de la separación de sus compañeros, amigos y familiares.

Por otra parte, los posibles cambios físicos que puede presentar el niño como la variación en el peso, alopecia, vómitos o la amputación de algún miembro de su cuerpo pueden comprometer su autoestima y contribuir a dificultades en sus relaciones sociales. Con frecuencia, en el contexto escolar, el niño se ve obligado a detallar la enfermedad que presenta, pudiendo despertar en los demás un sentimiento de pena, lástima o incluso rechazo.

Seguidamente, en cuanto a los déficits cognitivos posteriores a los tratamientos oncológicos, se demuestra que los pacientes con cáncer y aquellos en remisión manifiestan mayormente un deterioro en determinadas funciones cognitivas tales como la memoria, atención, función ejecutiva, velocidad de procesamiento, memoria verbal, memoria visual y lenguaje (Pendergrass et al., 2018). Una de las neoplasias malignas más frecuentes en la infancia, los tumores del sistema nervioso central, presenta una especial susceptibilidad al desarrollo de alteraciones neurocognitivas.

Los niños con tumores cerebrales presentan una alta prevalencia de alteraciones neurocognitivas, que pueden afectar entre el 40% y el 100% de los supervivientes, dependiendo de la edad y del tratamiento recibido (Baron et al., 2013). Por lo general, presentan alteraciones en la memoria (especialmente a corto plazo), atención, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y en el coeficiente intelectual global. En cuanto al déficit de memoria, está relacionado con un daño en el hipocampo generando dificultad para consolidar nueva información. Por otro lado, respecto a la atención, ésta se ve comprometida debido a un daño en la sustancia blanca que provoca dificultades para mantener la concentración en tareas prolongadas. Aunque este dominio comparte criterios patológicos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), no siempre se presenta como tal, sino como una atención inestable o ineficiente. Por su parte, la alteración de las funciones ejecutivas tales como la planificación, flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio; presentan una gran influencia en la resolución de problemas, organización del estudio y autonomía. En cuanto a la velocidad de procesamiento, ésta se muestra estrechamente relacionada a la desmielinización; lo que genera bradipsiquia en el niño. A consecuencia de los déficits anteriormente mencionados, los pacientes oncológicos pediátricos manifiestan una disminución progresiva del coeficiente intelectual (CI), lo que sugiere un menor ritmo de adquisición de habilidades, y, por tanto, una alteración en el curso esperado del desarrollo cognitivo/académico.

2.4.Importancia de la evaluación psicológica en el ámbito oncológico pediátrico

La psicooncología constituye una rama interdisciplinaria de la psicología que se encarga de la evaluación y tratamiento del paciente oncológico y familiares durante todas las fases del cáncer hasta su remisión. Los niños que padecen un proceso oncológico presentan tanto necesidades emocionales comunes al resto de niños como necesidades específicas producto de la enfermedad y tratamientos.

En este contexto, la evaluación psicológica precoz resulta de suma importancia dado que permite identificar problemas psicosociales y psiquiátricos con el objetivo de prestar un tratamiento adecuado a las necesidades de los pacientes. Principalmente, permite detectar síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, trastornos de adaptación, fobia a procedimientos médicos, problemas de conducta y dificultades de afrontamiento. La detección temprana de las dificultades del paciente permite instaurar intervenciones amoldadas a las necesidades personales de cada uno, de modo que se previene la cronificación del malestar emocional y se reduce la intensidad de los síntomas.

A su vez, la evaluación psicológica previene dificultades psicológicas futuras y permite realizar un seguimiento a nivel familiar considerando el impacto de la enfermedad, el estrés parental y el cambio en la dinámica familiar. Así mismo, busca una correcta adherencia al tratamiento donde el paciente muestre un compromiso por el cumplimiento terapéutico, comprensión de la enfermedad y conductas de afrontamiento.

Por otra parte, en el ámbito oncológico pediátrico, la evaluación psicológica se vuelve fundamental para un correcto trabajo multidisciplinar ya que proporciona una visión global sobre el estado emocional, cognitivo y social del paciente. La información obtenida mejora la coordinación entre los distintos profesionales, lo que favorece la integración de la psicología en el tratamiento oncológico infantil; permitiendo una atención más personalizada y enfocada en las necesidades específicas del niño y su familia.

3. Resultados de la revisión

3.1.Proceso de evaluación psicológica

Fernández-Ballesteros. (2013) sostiene que el procedimiento de evaluación psicológica se compone de siete etapas, divididas en dos procesos distintos: el descriptivo-predictivo y el

interventivo-valorativo. Cuando el propósito es diagnóstico, orientación o selección, la evaluación se lleva a cabo mediante cuatro etapas fundamentales. Esta metodología es la que denominamos descriptivo-predictivo. En contraste, cuando la meta es la intervención y cambio, se requiere un proceso de mayor duración; por lo tanto, se incorporan tres fases adicionales al proceso previamente expresado, resultando en un total de siete fases que integra el proceso de evaluación psicológica.

Las etapas del proceso descriptivo-predictivo son cuatro; primera recogida de información, formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables, contrastación (administración de test y otras técnicas de evaluación) y comunicación de resultados (informe oral y/o escrito).

Inicialmente, la primera recogida de información se enfoca en definir la demanda y establecer metas. Para ello es indispensable identificar el motivo de la consulta, el propósito de la evaluación, los resultados que se aspiran obtener con ella y la demanda específica en términos de diagnóstico, orientación y selección. Simultáneamente, es esencial que el profesional solicite al evaluado su colaboración y conformidad para la gestión de técnicas, pruebas y otros instrumentos psicológicos, e informe los criterios de confidencialidad que se manejan. Además, la primera recogida de información tiene como objetivo especificar las circunstancias históricas y contemporáneas que podrían tener relevancia. Para ello se deberá investigar los elementos ambientales y personales que constituyen la historia del individuo, así como utilizar datos de archivo y/o informes profesionales —evaluaciones académicas, exámenes médicos, informes médicos o de otro psicólogo— para corroborar cualquier suceso significativo vinculado a la narrativa del sujeto. Simultáneamente, se debe considerar las condiciones presentes del individuo, tanto en términos comportamentales como socioambientales, y, en su caso, biológicas. Entre ellas destacan las condiciones familiares, sociales y económicas, los eventos vitales actuales, la ocupación, el tiempo libre, el estado físico, entre otras.

En segundo lugar, para llevar a cabo la formulación de hipótesis, se deben considerar dos factores: la validez y fiabilidad de los datos recabados sobre el sujeto y sus circunstancias, y la profundidad de conocimientos que el evaluador debe poseer sobre las funciones psicológicas, los principios fisiológicos y neurobiológicos de la conducta, y las variables que sostienen o regulan la conducta problemática. Se pueden formular diversos tipos de supuestos:

- De cuantificación: tiene como objetivo verificar la existencia de un objeto de estudio específico y su aparición en función de parámetros específicos.

- De semejanza: presupone que el individuo cumple con los criterios preestablecidos para posicionarlo en una categoría dentro de un sistema de clasificación específico. Los supuestos de "semejanza" se caracterizan por el objetivo de determinar si el individuo manifiesta una serie de comportamientos similares a los de otros sujetos previamente categorizados.
- De asociación predictiva: la psicología se ha enfocado en el estudio de las interrelaciones entre las variables psicológicas y otros sucesos externos. Así, a partir de relaciones consolidadas, se puede hipotetizar la proporción en la que, en nuestro escenario, los comportamientos objeto de estudio se vinculan a otros, facilitando la formulación de predicciones respaldadas por asociaciones empíricamente contrastadas.
- De asociación funcional: la psicología también propone relaciones explicativas entre variables fundamentadas en contrastes experimentales. Por lo tanto, se puede inferir a partir de los principios del condicionamiento instrumental que el refuerzo potencia la conducta preexistente o que existen disfunciones cerebrales que contribuyen al déficit del funcionamiento inteligente.

A partir de lo expuesto previamente, se establece la siguiente correlación entre el tipo de supuesto y los objetivos de evaluación:

- La realización de un diagnóstico requerirá únicamente la formulación de supuestos de cuantificación y semejanza.
- En el caso de que los objetivos sean orientativos o seleccionativos, se deben formular supuestos de cuantificación y asociación predictiva.
- Cuando el propósito sea la modificación comportamental, será necesario formular hipótesis de relación funcional o causal que serán corroboradas mediante pruebas observacionales o correlacionales en esta etapa del proceso. En una segunda etapa, si se requiere, estas hipótesis podrían ser experimentalmente verificadas.

Las hipótesis son de naturaleza general, y por ende, su verificación resulta difícil si no están claramente especificadas mediante medidas. Por consiguiente, se requiere especificar las variables implicadas a través de los instrumentos utilizados para su estudio o medición. Adicionalmente, la deducción de enunciados verificables facilitará la formulación de conclusiones comparables, facilitando así que la hipótesis esté debidamente operacionalizada en función de los instrumentos de evaluación a implementar. Este proceso requiere la elaboración de un registro de las variables involucradas y la elección de pruebas y técnicas

específicas -utilizando los criterios psicométricos pertinentes para su selección- que serán empleadas para su evaluación, junto con el procedimiento a seguir en la evaluación.

En tercer lugar, la contrastación — administración de test y otras técnicas de evaluación — se compone de tres subetapas: la preparación y planificación, la administración y el análisis de los resultados de las pruebas proporcionadas. En el apartado siguiente se desarrollará el alcance de estas pruebas.

En cuarto lugar, todo proceso de evaluación culmina con la consolidación de los hallazgos obtenidos y su comunicación al cliente/sujeto. En esta etapa, el evaluador tiene la responsabilidad de integrar los datos de tal manera que el conjunto pueda satisfacer la demanda y los objetivos de la evaluación, considerar cualquier posible incongruencia de los resultados y formular las recomendaciones pertinentes. Dependerá de cada caso específico (demanda/objetivos propuestos) que, basándose en los resultados obtenidos, se llegue a una mera descripción o clasificación del individuo y/o se ejecuten predicciones sobre el comportamiento a niveles específicos de probabilidad. El informe a elaborar debe satisfacer criterios específicos en términos de contenido y forma. Respecto al contenido, este debe ser neutral, objetivo, fundamentado en metodologías y fiable. En lo que respecta a la forma, la información debe estructurarse en función de la información identificativa del evaluado, del evaluador y la fecha de evaluación, motivo de consulta, antecedentes, comportamiento exhibido por el sujeto durante la evaluación, áreas evaluadas e instrumentos de evaluación, resultados alcanzados, conclusión o diagnóstico, objetivos o recomendaciones, fecha de emisión, firma profesional y número de colegiado correspondiente. Además, debe mantener un estilo descriptivo, breve y preciso, un lenguaje claro y conciso, y una redacción y ortografía adecuadas.

Ahora bien, las etapas incorporadas al proceso interventivo-valorativo son tres: plan de tratamiento y su valoración, tratamiento: diseño y administración y, en su caso, evaluación continua y valoración.

En quinto lugar, el plan de tratamiento se lleva a cabo mediante tres tareas fundamentales:

1. Teoría del caso - elección de las variables dependientes e independientes y decisión de las medidas y criterios de cambio: en relación con la elección de variables dependientes e independientes, se postula que la implementación de un tratamiento se debe a la suposición de que el problema en estudio está causado, controlado, sostenido o vinculado funcionalmente a una variable específica relevante. Esta variable, (independiente), será objeto de manipulación a través del tratamiento. Además, en lo

que respecta a la elección de medidas para las variables dependientes e independientes, el objetivo es seleccionar los instrumentos y medidas que facilitarán la operatividad de las variables implícitas en la teoría del caso. En otras palabras, se buscará deducir los enunciados que serán verificados durante el proceso interventivo-valorativo, utilizando estrategias experimentales. Se distinguen dos tipos fundamentales de medidas de cambio: las de agregado y las de carácter molecular. Las medidas en agregado se refieren a aquellas derivadas de pruebas estándar que evalúan constructos psicológicos, cuyos resultados se derivan de un conjunto o subconjunto de los elementos de un test específico. En consecuencia, la puntuación directa final representa la suma de un conjunto específico de los componentes del test y, comúnmente, se transforma en una puntuación estándar. Las medidas moleculares se derivan de instrumentos específicos de medición y, por lo general, se expresan en base a parámetros de ocurrencia, frecuencia o duración, resultando en una puntuación total que representa la suma o promedio de dichos comportamientos simples y homogéneos. Las métricas que servirán como fundamento para la evaluación de un tratamiento deben caracterizarse por su fiabilidad, validez y utilidad. Simultáneamente, en lo que respecta a los criterios de cambio, estos deben ser realistas, temporalizados y estar en consonancia con las necesidades y demandas del cliente/sujeto, las cuales han sido previamente discutidas con él.

2. Selección de las técnicas de intervención y de las variables potencialmente contaminadoras: existen diversas modalidades de tratamiento, tras las cuales será necesario verificar los efectos de dichas técnicas no solo en la variable dependiente, sino también en las medidas registradas de la variable independiente. Por lo tanto, será necesario verificar que el tratamiento ha logrado alterar la variable independiente y, por tanto, que se ha logrado el cambio esperado en la variable dependiente. La selección del tratamiento debe estar condicionada por las evaluaciones existentes respecto a la eficacia, efectividad y eficiencia de la totalidad de los tratamientos disponibles. Además, en relación con la valoración de las variables potencialmente contaminantes, resulta importante verificar el grado motivacional del individuo previo a la aplicación de un tratamiento, con el objetivo de, en caso de que no sea apropiado, proceder a su manipulación como condición preliminar para el inicio del tratamiento.
3. Selección del diseño de valoración: un diseño de valoración se define como un plan de acción que determina quién/quienes serán objeto de evaluación, con qué medidas y en qué momento (dentro del proceso de evaluación-tratamiento-valoración). El diseño

experimental óptimo se caracteriza por la distribución aleatoria de sujetos (seleccionados también aleatoriamente de la población de sujetos a la que se pretende generalizar) en una o múltiples condiciones experimentales (a los que se aplica el/los tratamiento/s) y en una situación control (en la que no se aplica), registrando las mismas medidas en ambos grupos de sujetos antes (en ocasiones, durante) y después del tratamiento o del no tratamiento.

En sexto lugar, el tratamiento, comprendido por el diseño y la administración, así como la evaluación continua, se refiere a cualquier modalidad de intervención psicológica cuyo propósito sea una modificación del comportamiento (cognitivo, motor o psicofisiológico) o de otras condiciones psicológicas del individuo. Tanto la evaluación como la intervención son dos funciones intrínsecamente vinculadas, aunque también podrían ser desempeñadas por diversos profesionales de la psicología.

En última instancia, en la séptima etapa de la evaluación psicológica, buscamos responder a un objetivo de modificación y cambio: ¿en qué medida se han logrado las modificaciones comportamentales previamente establecidas? O, ¿en qué medida se han alcanzado los criterios de cambio? Esta última etapa corresponde a la etapa de valoración, en la que se espera que se haya producido una modificación, en el sentido esperado, en las variables independientes; que se haya producido una modificación, en el sentido esperado, en las conductas objetivo de nuestro sujeto y que no se haya manifestado ningún otro problema. En ese sentido, se requerirá una nueva recogida de información, comunicación de resultados e informe oral y/o escrito y un seguimiento. La nueva recogida de información facilitará el análisis de las conductas problemáticas, con el objetivo de verificar si se han logrado los objetivos o criterios establecidos; las variables independientes presentes en las hipótesis de intervención formuladas; en caso de que se haya realizado una evaluación continua o de medias repetidas, datos relativos a la administración del tratamiento y si se han manifestado otros cambios atribuibles al tratamiento (positivos o negativos). Por otra parte, la comunicación de los resultados debe realizarse mediante el informe oral y/o escrito. Por escrito, el informe debería incluir los títulos y datos identificativos, el motivo o solicitud del informe, la metodología, la anamnesis, los resultados de las pruebas de psicodiagnóstico, el juicio diagnóstico, las conclusiones y una nota final vinculada a la confidencialidad y valor del informe. En lo que respecta al seguimiento, este conlleva una reevaluación que debe programarse transcurrido un período de tiempo desde la implementación del tratamiento o con intervalos regulares (por ejemplo, a los tres, seis y doce meses) en función del caso en cuestión.

Al igual que en la nueva recogida de información, los propósitos del seguimiento implican la verificación de la persistencia de los efectos beneficiosos del tratamiento y la identificación de efectos adversos atribuibles a la intervención realizada. Por consiguiente, será imprescindible realizar una nueva recogida de información que facilite establecer comparaciones con los datos recabados previos, durante y posteriores al tratamiento.

3.1.1. Pruebas para la evaluación de dificultades emocionales en oncología pediátrica

Malestar psicológico general

- **Termómetro de Distrés (Distress Thermometer, DT):** el Termómetro de Distrés es la adaptación española del *Distress Thermometer*, instrumento desarrollado por la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*. La versión española mantiene la estructura original y ha sido validada en muestras clínicas españolas, demostrando adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez (Vaillo et ál., 2015). Se trata de una escala clínica de cribado breve diseñada para pacientes con cáncer en contextos hospitalarios y ambulatorios. Esta prueba consta de un único ítem y una escala de 11 puntos (0 = ausencia de distrés y 10 = distrés extremo) que evalúa el grado de malestar emocional experimentado por el paciente durante los últimos siete días. Si el nivel de angustia es inferior a 4 en la evaluación del Termómetro de Distrés, el equipo oncológico principal puede decidir abordar los problemas mediante la atención clínica de apoyo habitual. Si el nivel de angustia del paciente supera los 4 puntos, un integrante del equipo oncológico revisará la lista de problemas para identificar las cuestiones fundamentales que le generan preocupación al paciente y realizará preguntas adicionales para determinar los recursos más adecuados para abordar sus inquietudes. La lista de problemas se compone de 39 ítems en los cuales se solicita a los pacientes que identifiquen sus dificultades en cinco categorías distintas: prácticos, familiares, emocionales, espirituales/religiosos y físicos.
- **Inventario Breve de Síntomas-18 (Brief Symptom Inventory-18, BSI-18):** el Inventario Breve de Síntomas-18 es una versión abreviada del Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), desarrollado originalmente por Derogatis. (2001). Si bien el BSI-18 constituye una adaptación reducida, el SCL-90-R cuenta con estudios de validación en población española, lo que respalda la adecuación cultural de sus

dimensiones clínicas en contextos hispanohablantes (TEA Ediciones, 2015). Este instrumento constituye una escala clínica de autoinforme diseñada para evaluar el nivel de malestar psicológico y los síntomas psiquiátricos más prevalentes de los trastornos psicológicos en población general y médica. Consta de 18 ítems, a los que se responde en una escala Likert del 0 al 4, por medio de los cuales el evaluado indica el grado de malestar producido por cada uno de los síntomas durante los últimos siete días. El instrumento se organiza en tres dimensiones clínicas: Somatización, Depresión y Ansiedad, cada una integrada por seis ítems. La corrección se realiza mediante la suma de los ítems correspondientes a cada subescala, obteniéndose puntuaciones brutas con un rango de 0 a 24 por dimensión. Asimismo, la suma total de los 18 ítems permite calcular el Índice Global de Severidad (GSI), cuyo rango oscila entre 0 y 72 y que constituye el indicador principal de malestar psicológico global. Para una interpretación clínica más precisa, las puntuaciones brutas pueden transformarse en puntuaciones T estandarizadas (media = 50; desviación típica = 10), lo que permite compararlas con normas poblacionales. De manera general, se considera indicativo de distrés clínicamente significativo una puntuación T igual o superior a 63 en el GSI o en al menos dos de las subescalas.

- **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS):** la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria fue diseñada por Zigmond y Snaith. (1983) para evaluar trastornos de ansiedad y depresión en contextos hospitalarios. Cuenta con adaptación y validación en población española (Terol et al., 2015), manteniendo la estructura original de dos subescalas independientes. Esta escala de cribado está formada por 14 ítems agrupados en dos subescalas con 7 ítems cada una, y con una respuesta tipo Likert entre 0 y 3. La subescala de depresión está compuesta por ítems centrados en la anhedonia, mientras que la subescala de ansiedad está compuesta por ítems centrados en manifestaciones psíquicas. En cuanto a la referencia temporal, el instrumento evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión experimentados durante la última semana. La corrección del instrumento se realiza mediante la suma de los ítems correspondientes a cada subescala (Ansiedad y Depresión), obteniéndose puntuaciones independientes con un rango de 0 a 21 en cada una. La interpretación se basa en puntos de corte establecidos en la literatura: puntuaciones entre 0 y 7 indican ausencia de sintomatología clínicamente relevante; entre 8 y 10 sugieren la posible presencia de un caso probable; y puntuaciones iguales

o superiores a 11 se consideran indicativas de un caso clínico de ansiedad o depresión, respectivamente.

Depresión

- **Inventario de Depresión Infantil (Children's Depression Inventory, CDI):** el CDI fue desarrollado por Kovacs. (1992) para la evaluación de sintomatología depresiva en población infantil y adolescente. Cuenta con adaptación española (TEA Ediciones, 2011) la cual mantiene la estructura original del instrumento y presenta adecuados índices de fiabilidad y validez en población infanto-juvenil. Se trata de un instrumento de evaluación basado en la teoría de la depresión de Beck y basado en el *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck., 1967). Este cuestionario aporta una puntuación sobre el nivel de depresión total del niño y sobre las escalas que la constituyen: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). Esta escala está formulada en sentido inverso, es decir, una puntuación alta denota una autoestima débil y una puntuación baja, por el contrario, refleja un nivel elevado de autoestima. La última versión del CDI contiene 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente. La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos. El cero corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de aparición del ítem más baja; el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media; y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. La corrección consiste en sumar las puntuaciones de los ítems que componen cada una de las escalas. La suma de las puntuaciones en ambas escalas da lugar a una puntuación total de depresión. La determinación de cuándo una puntuación ha de considerarse patológica se decide en función del punto de corte. Este se puede utilizar tanto con población general como con población clínica y se aplica a la puntuación global de depresión. El valor de corte más utilizado, tanto en población española como extranjera, es 19. Esta herramienta puede utilizarse, por un lado, como instrumento de rastreo o *screening* para localizar a niños que presentan alta sintomatología depresiva, y, por otro lado, para evaluar la eficacia de un tratamiento y la evolución de los sujetos sometidos a una intervención terapéutica. En este sentido, analizar el contenido de los ítems que han obtenido la máxima puntuación puede ayudar a planificar la intervención.

- **Cuestionario de Estado de Ánimo y Sentimientos (Mood and Feelings Questionnaire, MFQ):**

el Cuestionario de Estado de Ánimo y Sentimientos es un instrumento de autoinforme desarrollado por Angold et ál. (1995) para la evaluación de sintomatología depresiva en población infantil y adolescente. La versión abreviada del instrumento (Short Mood and Feelings Questionnaire, SMFQ) ha sido validada en población española, mostrando adecuadas propiedades psicométricas en muestras infantiles y adolescentes, lo que respalda la adecuación cultural del constructo evaluado por el instrumento original (Espada et ál., 2022). La versión completa del MFQ consta de 30 o 35 ítems (según la adaptación utilizada), que evalúan la presencia y frecuencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas. Cada ítem se responde mediante una escala Likert de 3 puntos: 0 = “no es cierto”, 1 = “a veces” y 2 = “es cierto”. La corrección consiste en la suma de las puntuaciones de todos los ítems, obteniéndose una puntuación total que refleja la gravedad de la sintomatología depresiva. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 66 puntos, habiéndose sugerido en la literatura un punto de corte ≥ 29 como posible indicador de sintomatología depresiva clínicamente significativa.

Ansiedad

- **Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revised Children’s Manifest Anxiety Scale, RCMAS):** la Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta en Niños fue desarrollada por Reynolds y Richmond. (1997) como instrumento para evaluar ansiedad manifiesta en niños y adolescentes. Dispone de adaptación española (TEA Ediciones, 2004) conservando la estructura factorial del instrumento original y mostrando adecuados índices psicométricos en población infantil. La escala de autoinforme dispone de 37 ítems, no obstante, la puntuación de ansiedad total de esta prueba se calcula a partir de 28 de ellos divididos en tres subescalas de ansiedad: ansiedad fisiológica (10 ítems sobre manifestaciones somáticas de ansiedad, como dificultades para dormir, náuseas y fatiga), preocupación/hipersensibilidad (11 ítems que miden preocupaciones obsesivas sobre diversos temas, la mayoría de las cuales suelen ser vagas y poco definidas, así como temores a ser herido o a sentirse emocionalmente aislado), y preocupaciones sociales/concentración (7 ítems que miden pensamientos y temores distractores de naturaleza social o interpersonal). Los nueve ítems restantes de la RCMAS constituyen la subescala de Mentiras. La puntuación bruta

total de Ansiedad puede oscilar entre 0 y 28 puntos. No obstante, su interpretación se realiza comparando la puntuación obtenida con los baremos normativos, transformándola en puntuaciones tipificadas (puntuaciones T; media = 50, desviación típica = 10). La mayoría de las puntuaciones se sitúan dentro de una desviación estándar respecto a la media (T40–T60). Se considera que puntuaciones superiores a T60 reflejan niveles elevados de ansiedad, mientras que puntuaciones iguales o superiores a T70 (dos desviaciones estándar por encima de la media) pueden indicar la necesidad de una evaluación más detallada y seguimiento clínico. Además de la puntuación total, este instrumento permite analizar, como ya se ha mencionado, diferentes dimensiones. Una puntuación alta en la subescala de ansiedad fisiológica sugiere que el joven presenta ciertos tipos de respuestas fisiológicas que se experimentan típicamente durante la ansiedad. Una puntuación alta en la subescala de preocupación/hipersensibilidad puede sugerir que el joven internaliza gran parte de la ansiedad y, por lo tanto, puede sentirse abrumado al intentar aliviarla. Una puntuación alta en la subescala de preocupaciones sociales/concentración sugiere que los jóvenes pueden sentir cierta ansiedad por no poder cumplir con las expectativas de otras personas importantes en sus vidas. Finalmente, una puntuación alta en la subescala de mentira puede estar asociada a sesgos de deseabilidad social o a factores contextuales –situaciones académicas o familiares estresantes–, lo que puede afectar la precisión del autoinforme.

- **Cribado de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED):** el Cribado de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil es un instrumento de autoinforme desarrollado por Birmaher et ál. (1997) y diseñado para evaluar e identificar los trastornos de ansiedad en niños. El instrumento dispone de adaptación y validación en población española, habiendo mostrado adecuados índices de fiabilidad y validez en muestras infantiles (Doval et ál., 2011). Este cuestionario está conformado por 41 afirmaciones cada una asociada a sintomatología ansiosa, para calibrar el bienestar emocional del niño en los últimos tres meses. El niño debe marcar el círculo correspondiente con un 0 ("No cierta o casi nunca cierta"), 1 ("Algo cierta o a veces cierta") ó 2 ("Muy cierta o a menudo cierta"), reflejando su nivel percibido de acuerdo con la afirmación. La puntuación total se calcula sumando los números marcados con un círculo. Esta puntuación representa el nivel general de síntomas de ansiedad del niño. Una puntuación total ≥ 25 puede sugerir la presencia de un Trastorno

de Ansiedad. Las puntuaciones superiores a 30 se consideran indicadores más específicos de un Trastorno de Ansiedad. Además, esta herramienta permite interpretar los resultados con indicadores específicos para cinco diferentes subtipos de ansiedad. Una puntuación de 7 en los ítems 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 y 38 puede sugerir la presencia de un Trastorno de pánico o síntomas somáticos significativos. Una puntuación de 9 en los ítems 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 y 37 puede indicar la presencia de un Trastorno de ansiedad generalizada. Una puntuación de 5 en los ítems 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 y 31 puede sugerir la presencia de Trastorno de ansiedad por separación. Una puntuación de 8 en los ítems 3, 10, 26, 32, 39, 40 y 41 puede indicar la presencia de un Trastorno de ansiedad social. Finalmente, una puntuación de 3 en los ítems 2, 11, 17 y 36 puede sugerir una evitación escolar significativa. Así pues, esto permite adaptar las intervenciones en función de los retos específicos que presenta cada niño.

Estrés postraumático

- **Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático en Niños – Versión Entrevista (Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 – Interview Version, CPSS-5-I):** la Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático en Niños – Versión Entrevista constituye la versión actualizada del instrumento original desarrollado por Foa et ál. (2001), adaptada a los criterios diagnósticos del DSM-5 (Foa et ál., 2018). Mientras que la versión inicial del CPSS era un instrumento de autoinforme basado en los criterios DSM-IV, la versión CPSS-5-I adopta un formato de entrevista semiestructurada administrada por el profesional. No obstante, ambas versiones evalúan el mismo constructo —la sintomatología de trastorno por estrés postraumático en población infantil— y mantienen una estructura prácticamente equivalente, incorporando únicamente las modificaciones diagnósticas propias del DSM-5, entre ellas la ampliación de 17 a 20 síntomas. Asimismo, el instrumento original dispone de versión en español y ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en muestras infantiles españolas, evidenciando buena consistencia interna y validez de constructo en la evaluación del TEPT (Serrano-Ibáñez et ál., 2018). Este instrumento consta de 27 ítems que se puntúan en una escala Likert de 0 (nada) a 4 (6 o más veces a la semana/casi siempre). A su vez, proporciona puntuaciones en 4 subescalas: intrusión (ítems 1-5), evitación (ítems 6-7), cambios en la cognición y el estado de ánimo (ítems 8-14) y aumento de la excitación y la reactividad (ítems 15-20). Los siete ítems restantes

evalúan el deterioro de los síntomas del funcionamiento diario del niño. La puntuación final es calculada por el entrevistador sumando las puntuaciones de los 20 primeros ítems, lo que da como resultado una puntuación total que oscila entre 0 y 80. Aunque la literatura no especifica puntuaciones de corte universales, se plantea que puntuaciones ≥ 30 indican mayor intensidad de los síntomas relacionados con el estrés postraumático, lo que podría sugerir un padecimiento de dicho trastorno. Por su parte, los 7 ítems finales se puntúan siguiendo el mismo sistema de respuesta que los ítems anteriores. Una puntuación más elevada refleja un mayor grado de afectación en el funcionamiento cotidiano del niño.

3.1.2. Pruebas para la evaluación de la funcionalidad en oncología pediátrica

- **Medida de Independencia Funcional para Niños (Wee Functional Independence Measure, WeeFIM):** la Medida de Independencia Funcional para Niños es un instrumento desarrollado por Msall et ál. (1994) para la evaluación del nivel de independencia funcional en población pediátrica, particularmente en contextos clínicos y de rehabilitación. Se trata de una herramienta ampliamente validada a nivel internacional y utilizada en entornos hospitalarios pediátricos. Dispone de adaptación al español y ha sido empleada en contextos clínicos en población pediátrica hispanohablante; no obstante, la mayor parte de la evidencia psicométrica procede de estudios internacionales (Ottenbacher et ál., 2000). La administración de esta prueba se completa por observación directa por parte de los profesionales entrenados para tal fin o por medio de una entrevista a los padres o cuidadores. Los 18 ítems que componen esta prueba y que documentan el estado funcional del niño se fundamentan en los siguientes dominios:

- Auto cuidado (6 ítems de auto cuidado y 2 ítems de vejiga e intestino)
- Movilidad (3 ítems de transferencia y 2 ítems de locomoción)
- Cognitivo (2 ítems de comunicación y 3 ítems de desempeño social)

El cálculo de la puntuación total se realiza sobre una escala de 7 niveles. Cada uno de los 18 ítems da un puntaje de 1 a 7. El puntaje 1 refleja a un niño que requiere total asistencia en la actividad, y el puntaje 7 refleja a un niño con completa independencia

en su desempeño de la actividad. Para calcular la puntuación total global, se deben sumar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que componen los distintos dominios. Esta puntuación total puede oscilar entre 18 y 126 puntos y se compara posteriormente con la tabla normativa de referencia incluida en la escala WeeFIM, con el fin de determinar, mediante desviaciones estándar, si el niño evaluado se encuentra dentro de los rangos esperados de independencia para su edad. En función del resultado global, la interpretación se clasifica de la siguiente manera: puntuaciones inferiores a 102 indican completa dependencia; entre 103 y 110, dependencia modificada; entre 111 y 118, independencia modificada; y entre 119 y 126, independencia completa.

3.1.3. Pruebas para la evaluación de la calidad de vida en oncología pediátrica

- **Inventario Pediátrico de Calidad de Vida (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL):** el PedsQL fue desarrollado por Varni et al. (1999) como instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica. Dispone de versión en español y ha sido validado en población infantil con cáncer en estudios realizados en contextos hispanohablantes (Ramírez-Zamora et al., 2015), manteniendo la estructura y los dominios del instrumento original. El funcionamiento físico, bienestar emocional, funcionamiento social y funcionamiento escolar son las cuatro dimensiones que esta herramienta evalúa. Cada dominio incluye diferentes preguntas que están dirigidas a investigar acerca de síntomas ocurridos en el paciente en el último mes y en los últimos siete días. Las respuestas se basan en una escala Likert con cinco opciones que van desde 0 (nunca ha sido un problema) hasta 4 (casi siempre ha sido un problema). Para obtener el puntaje global de la CV, cada una de las respuestas se transforma en escalas lineales inversas de 0–100, siendo 100 la calificación más alta y representando la mejor calidad de vida. A cada valor se le asigna un puntaje de la siguiente forma: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25 y 4 = 0. El puntaje total es el resultado de la suma de la escala lineal. En concreto, el *PedsQL Cancer Module 3.0* fue desarrollado y validado en 2002 para medir específicamente la CV relacionada con la salud en pacientes pediátricos con cáncer. Este módulo también es multidimensional y evalúa ocho dominios: dolor y molestias, presencia de náusea, ansiedad por

procedimientos, ansiedad por tratamientos, preocupaciones, problemas cognitivos, percepción de apariencia física y comunicación.

3.2. Medidas psicológicas de afrontamiento en el transcurso de la enfermedad

El proceso de enfermedad en un niño con cáncer supone, en su mayoría, una vivencia de desconcierto, preocupación y ansiedad manifestada a través de sintomatología física y psíquica. Desde el campo de la psicología, resulta fundamental el trabajo con los pacientes en estrategias de afrontamiento; de modo que se realice una intervención dirigida al tipo de terapia o procedimiento al que será sometido el paciente, como también una intervención centrada en la emoción para dotar al sujeto de estrategias que le permitan afrontar posibles dificultades psicológicas.

Gálvez, Méndez y Martínez. (2005) examinan la efectividad de un programa psicológico basado en la información (PPBI) en la mitigación de la ansiedad en niños diagnosticados con cáncer. El programa toma en cuenta el grado cognitivo del paciente, simultáneamente facilitando los diversos aspectos comportamentales y emocionales que pueden tener un impacto en la comprensión del niño frente a la enfermedad y la hospitalización. Los hallazgos obtenidos indican que, además de la reducción de la ansiedad, uno de los beneficios primordiales radica en el fortalecimiento de la relación de confianza entre el personal sanitario, el paciente y sus parientes.

Dentro de las medidas de afrontamiento a nivel cognitivo encontramos:

- **Distracción cognitiva:** técnicas cognitivas para apartar la atención del procedimiento (contar, hablar de otra cosa).
- **Imaginación:** técnica para animar al niño enfrentarse con el dolor/distrés del procedimiento. Se le pide que describa la escena imaginada en función de la información sensorial para evaluar su habilidad en la generación y conservación de imágenes mentales. Así se verifica que su enfoque se dirige hacia imágenes sugestivas, relajantes, de elevada intensidad emotiva y que no se enfoca en estímulos que inducen ansiedad.
- **Hipnosis:** disociación de la experiencia de dolor y distrés a través de la inducción hipnótica, sugestión y fantasía; similar a la anterior.

- **Preparación/información:** explicación de los pasos de los procedimientos y/o proporcionar información sensorial asociada con el procedimiento (p. ej., instruir sobre lo que supone el procedimiento).
- **Parada de pensamiento:** el niño repite la palabra “*Stop*” o una afirmación similar durante el distrés/dolor, para bloquear los pensamientos negativos.
- **Auto verbalizaciones:** el niño repite un conjunto de afirmaciones positivas (p. ej., “Puedo lograrlo”, “No me gusta esto, pero puedo controlarlo”).
- **Sugestión:** proporcionar al niño claves verbales y no verbales sugiriendo que pueden reducir el dolor y el malestar.
- **Modificación del recuerdo:** ayudar al niño a reformular los recuerdos negativos en positivos.
- **Entrenamiento a padres:** entrenar a los padres en una de las anteriores estrategias cognitivas de modo que se logre disminuir el distrés parental para decrecer el distrés o dolor del niño, o de ambos (Uman et ál., 2008).

Por otra parte, en lo que respecta a las intervenciones conductuales encontramos:

- **Distracción conductual:** técnicas conductuales para apartar la atención del procedimiento (vídeos, juegos).
- **Relajación muscular progresiva:** Tensar y relajar varios músculos del cuerpo.
- **Ejercicios de respiración:** respiración profunda o diafragmática (p. ej. , usando pompas de jabón, globos, intentando inflar o desinflar mediante la inspiración/exhalación).
- **Modelado:** demostración de las conductas de afrontamiento positivas durante un procedimiento fingido por otro niño o adulto. El proceso médico más abordado mediante esta técnica son las intervenciones quirúrgicas programadas. Así pues, se consigue preparar al paciente para la operación a través de la visualización de filmaciones.
- **Ensayo de conducta:** práctica de las conductas de afrontamiento positivas demostradas durante el modelado.
- **Desensibilización sistemática:** exposición gradual a estímulos temidos, generalmente implica una jerarquía de los estímulos temidos.
- **Reforzamiento positivo:** proporcionar afirmaciones positivas y/o recompensas tangibles al niño tras el procedimiento.

- **Entrenamiento a padres y personal sanitario:** entrenar a los padres y al personal sanitario para instruir activamente al niño en el uso de las estrategias (Uman et ál., 2008).

Las consecuencias del cáncer infantil, junto con las necesidades de los niños afectados y sus familias, evidencian la pertinencia de implementar intervenciones psicológicas durante las distintas fases de la enfermedad. En este sentido, las medidas psicológicas de afrontamiento no solo cumplen una función de apoyo complementario, sino que constituyen un elemento estructural dentro del abordaje integral del cáncer infantil. Su implementación en el transcurso de la enfermedad permite anticipar dificultades emocionales, fortalecer recursos personales y familiares y reducir el impacto psicológico derivado de la experiencia oncológica. De este modo, el acompañamiento psicológico continuado favorece una mayor estabilidad emocional, una mejor adherencia al tratamiento y una adaptación más saludable ante los cambios que impone la enfermedad.

3.3.Evidencia de la eficacia de las medidas psicológicas de afrontamiento en la práctica clínica

Diversos estudios han analizado la eficacia de las intervenciones psicológicas en el ámbito oncológico pediátrico. En este sentido, un estudio realizado en China incluyó a 106 pacientes oncológicos pediátricos en tratamiento de quimioterapia, que fueron divididos en partes iguales en dos grupos: un grupo control y un grupo que recibió intervención basada en terapia cognitivo-conductual. Se emplearon la Escala de Resiliencia de Conner-Davidson (CD-RISC) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) para medir la resiliencia y el estado de ánimo negativo antes y después de la intervención.

Antes de la intervención, la capacidad de adaptación psicológica entre los dos grupos, no mostró diferencias estadísticamente significativas. No obstante, tras la intervención, el análisis reveló que la puntuación total del CD-RISC fue significativamente más alta ($56,09 \pm 7,29$ frente a $44,75 \pm 5,40$), mientras que las puntuaciones de depresión ($4,57 \pm 2,94$ frente a $7,25 \pm 4,25$), ansiedad ($5,83 \pm 3,07$ frente a $8,66 \pm 4,92$) y estrés ($7,51 \pm 4,33$ frente a $11,17 \pm 4,25$) fueron significativamente más bajas en el grupo que recibió intervención basada en terapia cognitivo-conductual que en el grupo de control.

Así pues, este estudio pone de manifiesto la eficacia de las intervenciones psicológicas de afrontamiento fundamentadas en la terapia cognitivo-conductual. Específicamente, se destaca la manera en que estas pueden alterar las distorsiones cognitivas, lo que se manifiesta en una mejora en la adaptación psicológica, una colaboración con el tratamiento y una mejora sostenida en la calidad de vida (Zhang et ál., 2019).

Por otra parte, un estudio realizado en Irán se conformó por 40 pacientes oncológicos pediátricos de entre 9 y 11 años ingresados en centros especializados en el tratamiento del cáncer. Los sujetos fueron divididos en partes iguales en dos grupos: un grupo control y un grupo que recibió intervención basada en terapia cognitivo-conductual (grupo experimental). Se empleó el cuestionario de autoeficacia de Kuris y la Escala del Dolor de Oucher para medir la percepción del dolor y la autoeficacia antes y después de la intervención.

Los resultados de la investigación señalaron que las intervenciones psicológicas de afrontamiento fundamentadas en la terapia cognitivo-conductual mejoran la autoeficacia (educativa, social y emocional) en el grupo experimental. En concreto, la terapia cognitivo-conductual, mediante la implementación de estrategias para manejar las emociones desagradables, facilita a la persona la identificación de emociones tanto propias como ajenas, la comprensión de cómo estas afectan el comportamiento y la presentación de respuestas apropiadas a diversas emociones, lo que contribuye a la mejora de su autoeficacia emocional. Este enfoque aporta al paciente una serie de habilidades cognitivas eficaces para abordar situaciones emocionales y problemáticas. Diversas técnicas cognitivo-conductuales impulsan a la persona a tomar medidas para resolver problemas, fundamentándose en experiencias prácticas previas y en sus habilidades cognitivas.

Asimismo, el estudio evidenció que las intervenciones psicológicas de afrontamiento fundamentadas en la terapia cognitivo-conductual son eficaces para reducir el dolor de los pacientes oncológicos pediátricos. Particularmente, con el empleo de técnicas de reestructuración cognitiva, se entrena al paciente para identificar pensamientos negativos sobre el dolor, cuestionarlos y sustituirlos por pensamientos positivos. Muchas de las creencias disfuncionales, como la sensación de falta de control sobre el dolor y la falta de eficacia en el control del dolor, son generadas por pensamientos negativos automáticos. Por consiguiente, a través de la implementación de esta técnica, los pacientes logran una mayor regulación emocional y un control más efectivo sobre el dolor (Bardideh et ál., 2016).

Muchos de los signos y síntomas asociados al cáncer guardan una estrecha relación con procesos cognitivos y emocionales. La evidencia indica que su impacto negativo no se circunscribe únicamente al paciente, sino que puede extenderse al ámbito familiar, generando repercusiones funcionales significativas. Por ello, el abordaje de estas manifestaciones requiere intervenciones integrales. En este sentido, las estrategias de afrontamiento basadas en la terapia cognitivo-conductual —que integran componentes cognitivos, conductuales y emocionales— desempeñan un papel relevante en la manera en que la persona enfrenta la enfermedad.

4. Discusión

4.1. Interpretación de los hallazgos en relación con los objetivos planteados

Tras los hallazgos obtenidos en la presente revisión resulta pertinente analizar su alcance y significado en relación con los objetivos formulados al inicio del trabajo. En primer lugar, se ha realizado un análisis de las herramientas de evaluación psicológica empleadas en pacientes oncológicos pediátricos. Aunque se observa una limitada disponibilidad de instrumentos diseñados específicamente para la población oncológica pediátrica, todos los instrumentos expuestos anteriormente han sido ampliamente validados en población infantil y adolescente. Los hallazgos ponen de manifiesto que la evaluación psicológica en oncología pediátrica requiere un abordaje multidimensional, dado que ningún instrumento por sí solo permite capturar la complejidad del impacto del cáncer en el menor. Asimismo, es importante señalar que no todas las herramientas analizadas tienen carácter diagnóstico. Algunas de ellas están diseñadas como instrumentos de cribado, cuya finalidad principal es la detección temprana de posibles dificultades emocionales, pero no la confirmación de un trastorno clínico. Por ello, se recomienda su utilización como parte de un proceso de evaluación más amplio, complementado con entrevistas clínicas y otras pruebas específicas que permitan establecer un diagnóstico preciso.

A su vez, esta revisión ha permitido identificar las principales medidas de afrontamiento que pueden favorecer el bienestar y la adaptación de los pacientes oncológicos pediátricos. La gran mayoría de intervenciones identificadas se enmarcan en el modelo cognitivo-conductual con un abordaje tanto preventivo (promotor del bienestar) como reactivo (reducción del malestar). Los hallazgos ponen en evidencia que, actualmente, es el modelo con mayor respaldo empírico en el ámbito de la oncología pediátrica. No obstante, resulta relevante reflexionar sobre si esta predominancia responde exclusivamente a su eficacia clínica o

también a su mayor facilidad de protocolización y evaluación en estudios empíricos. Asimismo, la eficacia de estas intervenciones depende en gran medida de su adecuación a la etapa evolutiva del menor, considerando su nivel de desarrollo cognitivo y emocional, así como de la inclusión de estrategias de psicoeducación dirigidas tanto a la familia como al entorno hospitalario.

4.2.Relevancia de la evaluación psicológica para la intervención y el seguimiento

La evaluación psicológica adquiere un papel fundamental en el contexto oncológico pediátrico, no solo como herramienta diagnóstica, sino también como base para la planificación de la intervención y el seguimiento clínico. En este sentido, la detección precoz de posibles dificultades emocionales permite prevenir la cronificación de la sintomatología y favorecer una mayor adherencia al tratamiento, facilitando así una intervención individualizada y un seguimiento longitudinal ajustado a la evolución del menor. De este modo, la evaluación psicológica posibilita una comprensión integral del paciente y de sus necesidades específicas, contribuyendo a la detección temprana de posibles alteraciones y a la implementación de intervenciones planificadas. Además, la evaluación psicológica en el ámbito oncológico pediátrico se convierte en un recurso clave para identificar factores de riesgo psicosociales y protectores que pueden influir en el proceso de adaptación del menor y su familia. Mediante la aplicación de instrumentos y entrevistas clínicas, el profesional puede explorar aspectos como el afrontamiento, la resiliencia, la calidad de las relaciones familiares y el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana. De este modo, la información obtenida facilita la comunicación y coordinación entre los distintos profesionales del equipo multidisciplinar, promoviendo un abordaje integral y coherente; lo que se traduce en una mejora de la adaptación del niño a la enfermedad y a los procesos asociados a la misma. De este modo, no solo se atiende al bienestar psicológico del menor, sino que también se favorece el apoyo a la familia y la mejora de la calidad de vida global durante el proceso oncológico.

4.3.Implicaciones clínicas y recomendaciones para profesionales de la salud

Los hallazgos de esta revisión permiten extraer diversas implicaciones clínicas relevantes para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la oncología pediátrica. En primer

lugar, es fundamental no limitarse a realizar únicamente una evaluación emocional. En pacientes oncológicos resulta fundamental evaluar la funcionalidad y calidad de vida; puesto que se trata de una enfermedad que puede presentar tanto repercusiones físicas como una desestructuración a nivel personal y familiar. En segundo lugar, resulta importante incorporar una evaluación periódica. De este modo, se mantiene un registro de la evolución emocional y funcional del menor a lo largo del proceso oncológico, permitiendo ajustar la intervención en función de los cambios observados. En tercer lugar, se considera relevante emplear instrumentos validados específicamente en población pediátrica, ya que las diferencias evolutivas influyen tanto en la expresión emocional como en la comprensión de los ítems, lo que puede afectar a la validez de los resultados obtenidos si se utilizan herramientas diseñadas para adultos. En cuarto lugar, se considera importante realizar una evaluación multimétodo de modo que se pueda obtener información desde el punto de vista propio del paciente, de los padres o cuidadores y del profesional. Esto permite contrastar los resultados obtenidos, identificar posibles discrepancias entre informantes y alcanzar una comprensión más completa y ajustada de la situación clínica del menor. Finalmente, resulta imprescindible contar con una formación específica en evaluación psicológica infanto-juvenil. Si bien el profesional puede estar legalmente habilitado para el ejercicio clínico, la correcta administración, corrección e interpretación de instrumentos requiere un entrenamiento técnico adecuado. La aplicación de pruebas sin la preparación necesaria puede dar lugar a interpretaciones erróneas —tanto falsos positivos como falsos negativos— con posibles consecuencias perjudiciales para el menor. Por ello, la formación continua y la supervisión profesional constituyen elementos esenciales para garantizar una práctica ética y rigurosa.

4.4.Limitaciones de esta revisión

La presente revisión aporta una visión amplia sobre la evaluación psicológica en oncología pediátrica. No obstante, es importante considerar determinadas limitaciones percibidas que pueden influir en la interpretación de los resultados expuestos. En primer lugar, se evidenció un acceso restringido a manuales comerciales. En su mayoría, las escalas requieren de licencia para poder acceder a ellas, lo que dificultó la búsqueda de las pruebas de evaluación psicológica, como también, sus manuales propios de aplicación. En segundo lugar, se observó un predominio de la literatura en inglés. Diversos libros, estudios y artículos consultados estaban escritos en un idioma que requería un mayor nivel de detenimiento durante el análisis

de cada fuente, lo que implicó una inversión adicional de tiempo y un esfuerzo interpretativo más exhaustivo para garantizar la adecuada comprensión y precisión conceptual. Finalmente, tras un revisión exhaustiva de la bibliografía disponible y de comunicaciones personales con psico oncólogos, se ha evidenciado una falta de instrumentos específicamente diseñados para cáncer pediátrico. Pese a la disponibilidad de diversas herramientas de evaluación psicológica infanto-juvenil, y aunque muchas de ellas han sido validadas en niños con cáncer, no han sido diseñadas específicamente para tal fin, lo que evidencia un área susceptible de mejora y desarrollo en el diseño y validación de instrumentos específicamente adaptados a la realidad clínica de la oncología pediátrica.

5. Conclusiones

5.1. Síntesis de los hallazgos principales

La presente revisión bibliográfica ha permitido identificar los principales elementos que caracterizan la evaluación psicológica, los instrumentos empleados y las medidas de afrontamiento en oncología pediátrica. Tal como se ha expuesto anteriormente, existe una amplia variedad de herramientas para evaluar aspectos emocionales, funcionales y de calidad de vida en niños con cáncer. Estos instrumentos ofrecen diferentes formatos, entre ellos autoinformes, heteroevaluaciones y la observación directa, lo que permite tener una visión más amplia y detallada de la situación psicológica del menor. Además, el uso de múltiples fuentes de información contribuye a aumentar la validez y la fiabilidad de los resultados, permitiendo diseñar intervenciones más ajustadas y personalizadas. Del mismo modo, dichas herramientas pueden emplearse de forma transversal a lo largo de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta etapas posteriores del tratamiento y seguimiento clínico. Por otro lado, muchos de los instrumentos de evaluación psicológica no fueron diseñados específicamente para cáncer pediátrico. Aunque estén validados en esta población, la falta de especificidad puede limitar la evaluación de particularidades del contexto hospitalario oncológico. Por otra parte, la literatura pone de manifiesto un claro predominio de las intervenciones cognitivo-conductuales, mostrando evidencias favorables de este enfoque en la intervención en niños con cáncer. Los hallazgos muestran que las dificultades emocionales más predominantes en pacientes oncológicos pediátricos son la ansiedad, la depresión y el estrés. Por ello, el predominio de las intervenciones cognitivo-conductuales resulta coherente, en tanto que este enfoque incorpora técnicas específicas dirigidas a la regulación emocional y a la disminución de la sintomatología

internalizante. Finalmente, cabe recalcar que la evaluación y la intervención no deben entenderse como procesos separados. La evaluación psicológica constituye una etapa fundamental durante el proceso terapéutico que permite a su vez orientar la planificación del tratamiento ajustándose a las necesidades individuales del paciente.

5.2. Aportaciones del TFG a la práctica clínica y a la investigación

El presente trabajo puede resultar de utilidad tanto para la práctica clínica como para el ámbito investigador. En principio, esta revisión organiza y agrupa información relevante en relación al contexto de la oncología pediátrica. Se integra información referente al cáncer como enfermedad, procesos médicos que atraviesa un paciente oncológico, instrumentos de evaluación psicológica y medidas de afrontamiento durante la intervención. De este modo, se favorece una visión estructurada y global del impacto del cáncer en la infancia. Por otra parte, la investigación realizada contribuye al ámbito formativo. Favorece la comprensión integral del proceso oncológico en profesionales en formación, subraya la importancia de la competencia técnica y promueve la práctica basada en la evidencia. De esta forma, contribuye a consolidar una base formativa sólida para el correcto desempeño en contextos clínicos que exigen alta especialización. Finalmente, esta revisión ha permitido visibilizar áreas del ámbito evaluativo que aún presentan un desarrollo limitado, lo que contribuye a orientar futuras investigaciones y a delimitar prioridades en el campo de la oncología pediátrica.

5.3. Futuras líneas de investigación

A partir de los hallazgos obtenidos, se identifican diversas líneas de investigación que podrían desarrollarse en el ámbito de la oncología pediátrica. En primer lugar, el desarrollo de herramientas diseñadas específicamente para niños con cáncer. Resulta imprescindible la creación de instrumentos adaptados al contexto hospitalario oncológico y validados en muestras amplias, con el fin de garantizar su fiabilidad y validez psicométrica. Por otra parte, se considera fundamental la implementación de estudios longitudinales en la población estudiada. De este modo, se contribuye al análisis de la evolución del menor no solo durante el tratamiento, sino también en la fase de supervivencia y en posibles recaídas, prestando atención a las secuelas emocionales y cognitivas que puedan persistir a largo plazo. Finalmente, frente a un predominio del enfoque cognitivo-conductual, se considera relevante explorar la

contribución de otros modelos psicológicos en el ámbito de la oncología pediátrica. Resultaría pertinente promover estudios comparativos que analicen distintos enfoques terapéuticos bajo criterios metodológicos homogéneos, con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre sus posibles aportaciones y su adecuación a las características individuales y contextuales de cada paciente.

6. Referencias bibliográficas

- Almeida, O., Amaya, L. P., Gallardo, J. M., Sanabria, K. J., & Galvis, M. C. (2018). Evaluación de las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017. *Boletín Redipe*, 7(6), 84–103. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6523265>
- American Cancer Society. (2024). *Cáncer infantil*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-infantil.html>
- Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., & Mella, S. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3921–3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2025). *Observatorio del cáncer: datos de incidencia del cáncer infantil en España*. Asociación Española Contra el Cáncer. <https://observatorio.aecc.es/>
- Bardideh, K., Bardideh, F., & Kakabaraee, K. (2016). Study of the Effectiveness of the Cognitive Behavioral Therapy on Self Efficacy and Pain among Children Suffering from Cancer. *Global Journal of Health Science*, 9(5), 33–41. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p33>
- Baron-Nelson, M., Compton, P., Patel, S. K., Jacob, E., & Harper, R. (2013). Central nervous system injury and neurobiobehavioral function in children with brain tumors: a review

of the literature. *Cancer nursing*, 36(2), 31–47.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31825d1eb0>

Buizer, A. I., de Sonnevile, L. M., & Veerman, A. J. (2009). Effects of chemotherapy on neurocognitive function in children with acute lymphoblastic leukemia: a critical review of the literature. *Pediatric blood & cancer*, 52(4), 447–454.
<https://doi.org/10.1002/pbc.21869>

Cara-Pendergrass, J., Targum, S. D., & Harrison, J. E. (2018). Cognitive Impairment Associated with Cancer: A Brief Review. *Innovations in clinical neuroscience*, 15(1-2), 36–44. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5819720/pdf/icns_15_1-2_36.pdf

Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 6(2-3), 285–290.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113776>

Costa-Requena, G., X.P. Martín, X. P., Baró, M. S., & Moncayo, F. L. G. (2009). Screening distress in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale (HADS). *Ansiedad y Estrés*, 15(2), 217–229.
https://www.researchgate.net/publication/286733242_Screening_distress_in_cancer_patients_using_the_hospital_anxiety_and_depression_scale_HADS

Doval, E., Martínez, M., & Domènech, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del screen for child anxiety related emotional disorders (scared) de 41 items. *Ansiedad Y Estrés*, 17(2-3), 199–210.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=3750761&orden=0>

Espada, J. P., González, M. T., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., & Morales, A. (2022). Spanish Validation of the Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in Children Aged 8-12. *Psicothema*, 34(4), 610–620.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2022.54>

- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (2.^a ed.). Pirámide.
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25759w/S1_R2.pdf
- Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., & Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 38–46.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1350962>
- Gálvez, A. B., Méndez, J., & Martínez, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Instituto Nacional de Pediatría México*, 26(1), 35–43.
<https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640826007.pdf>
- Gómez, A., Becerra, A. L., Tron, R., & Hernández, P. (2018). Intervención cognitivo-conductual en cuidados paliativos pediátricos: un caso clínico. *Psicooncología: Investigación Y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, 15(2), 385–398.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=6680502&orden=0>
- Hamed, V., Hamid, N., Beshlideh, K., Sheikh Shabani, S. E., & Marashi, S. A. (2020, 05 de diciembre). Effectiveness of Conventional Cognitive-Behavioral Therapy and Its Computerized Version on Reduction in Pain Intensity, Depression, Anger, and Anxiety in Children with Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4), 1–9.
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.83110>
- Holmer, P., Bolliger, C. T., Vokinger, A. K., Dyntar, D., & Michel, G. (2023). Screening for mental health problems in childhood cancer survivorship: a systematic review. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*, 5(3), 1–14.
<https://doi.org/10.1097/or9.0000000000000108>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2025, 10 de abril). *Efectos tardíos del tratamiento anticanceroso en la niñez (PDQ®)–Versión para pacientes*. Instituto Nacional del

Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes>

Instituto Nacional del Cáncer. (2024, 27 de agosto). *El cáncer en los niños y los adolescentes*.

Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes>

Kazak, A. E., Stuber, M. L., Barakat, L. P., & Meeske, K. (1996). Assessing Posttraumatic Stress Related to Medical Illness and Treatment: The Impact of Traumatic Stressors Interview Schedule (ITSIS). *Families, Systems & Health*, 14(3), 365–380. https://www.researchgate.net/profile/Anne-Kazak/publication/232572564_Assessing_posttraumatic_stress_related_to_medical_illness_and_treatment_The_Impact_of_Traumatic_Stressors_Interview_Schedule ITSIS/links/5457a99b0cf26d5090ab4d92/Assessing-Posttraumatic-Stress-Related-to-Medical-Illness-and-Treatment-The-Impact-of-Traumatic-Stressors-Interview-Schedule-ITSIS.pdf

Lv, W., Li, B., Feng, J., Chen, L., Qiu, X., & Liu, S. (2022, 12 de enero). Depression, anxiety and health-related quality of life in paediatric intracranial germ cell tumor survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01911-9>

Marcus, J. (2012). Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *The Ochsner Journal*, 12(3), 211–215. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3448242/pdf/i1524-5012-12-3-211.pdf>

Mash, E. J., Hunsley, J., Smith, B. H., Barkley, R. A., Shapiro, C. J., Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Rudolph, K. D., Lambert, S. F., Youngstrom, E., Goldston, D. B., Compton, J. S., Southam-Gerow, M. A., Chorpita, B. F., Fletcher, K. E., Ozonoff, S., Goodlin-Jones, B. L., Solomon, M., McDonell, M. G., McClellan, J. M., Handen, B. L., Speece, D. L., Hines, S. J., Crooks, C. V., Wolfe, D. A., Wolfe, W. W., Stice, E., Peterson, C. B., & Shiner, R. L. (2007). *Assessment of Childhood Disorders*. Guilford Press. https://www.google.es/books/edition/Assessment_of_Childhood_Disorders_Fourth/

wHQXUci_ZnWC?hl=es&gbpv=1&dq=mfq+mood+and+feelings+questionnaire&pg=PA233&printsec=frontcover

Melesse, T. G., Chau, J. P. C., & Nan, M. (2022). Effects of cognitive-behavioural therapy on psychological, physical and social outcomes of children with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 157, 110805. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110805>

Muglia-Wechsler, A., Bragado-Álvarez, C., & Hernández-Lloreda, M. J. (2014). Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview. *Anales de Psicología*, 30(1), 93 – 103. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149161>

Mulle-Bernedo, M. B., Contreras-García, M. A. M., & Moreno, C. B. (2022). Consecuencias y abordaje neuropsicológico en supervivientes de cáncer infantil. *Investigación, Ciencia y Universidad*, 6(7), 41–55. <https://www.repositorio.umaza.edu.ar/icu/article/view/389/298>

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de Evaluación psicológica clínica*. Editorial Síntesis. <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/3ab7b0f946d551e590e9bd4d8fd87316.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 04 de febrero). Cáncer infantil. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>

Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil en Perú. Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 05 de enero de 2026. <https://www.paho.org/es/iniciativa-mundial-contracancer-infantil-peru>

Ortigosa, J. M., Méndez, F. X., & 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. *Psicooncología*:

Investigación Y Clínica Biopsicosocial En Oncología, 6(2-3), 413–428.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=3113853&orden=232467>

Orgilés, M., López, S., Espada, J. P., & Méndez, F. J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología: Investigación Y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, 1(1), 139–154.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=1705535&orden=1>

Ottenbacher, K. J., Msall, M. E., Lyon, N., Duffy, L. C., Ziviani, J., Granger, C. V., Braun, S., & Feidler, R. C. (2000). The WeeFIM instrument: Its utility in detecting change in children with developmental disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(10), 1317–1326. <https://doi.org/10.1053/apmr.2000.9387>

Peterson, C. C., Johnson, C. E., Ramirez, L. Y., Huestis, S., Pai, A. L., Demaree, H. A., & Drotar, D. (2008). A meta-analysis of the neuropsychological sequelae of chemotherapy-only treatment for pediatric acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric blood & cancer*, 51(1), 99–104. <https://doi.org/10.1002/pbc.21544>

Ramírez-Zamora, L. M., Llamas-Peregrina, N. E., Lona-Reyes, J. C., & 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>

Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Buchmann, L. O., Clark, M. M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Huang, C.-H., Lally, R., Martin, S., McGuffey, L., Mitchell, W., Morrison, L. J., Pailler, M., Palesh, O., Parnes, F., Pazar, J. P., Ralston, L., Salman, J., Shannon-Dudley, M. M., Valentine, A. D., McMillian, N. R., & Darlow, S. D. (2019, 01 de octubre). Distress Management, Version 3.2019. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(10), 1229–1249.
<https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0048>

Robles, J. I., Rodríguez, J. M., & Peña, M. E. (2022). SCL-90-R. Aplicación de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica*

Legal y Forense 2(1), 5-19.

https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TOD O=SCL-90-R+aplicaci%C3%B3n+y+an%C3%A1lisis+de+sus+propiedades

Rodríguez, A., Valdez, L., Vega, J., & Gomez-García, W. (2022, 13 de agosto). Cáncer infantil: lo que debemos saber. *Ciencia y salud* 7(2), 69–6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9011509>

Sapiña, A., Barahona, T., Cañete, A., Castel, V., & Bernabeu, J. (2011). Instrumentos y procedimientos en evaluación neuropsicológica en niños oncológicos, con riesgo de desarrollar déficits cognitivos. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 8(2-3), 343–350. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/vol8_numero2-3/articulo9.pdf

Schwartz, A. L., Nail, L. M., Chen, R. N. S., Meek, P., Barsevick, A. M., King, M. E., & Jones, L. S. (2000). Fatigue Patterns Observed in Patients Receiving Chemotherapy and Radiotherapy. *Cancer Investigation*, 18(1), 11–19. <https://doi.org/10.3109/07357900009023057>

Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2018). Validation of the Child PTSD Symptom Scale (CPSS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 30(1), 130–135. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.144>

Terol, M., Cabrera, V. M., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494–503. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=5087764&orden=1>

Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated

Cochrane Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 842–854.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn031>

Vaillo, Y. A., Galdón, M. J., Martínez, P., & Martínez, O. (2015). Precisión diagnóstica del termómetro de distrés en neoplasias hematológicas. *Psicooncología: Investigación Y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, 12(2-3), 237–247.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=5313803&orden=1>

Zhang, P., Mo, L., Torres, J., & Huang, X. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on psychological adjustment in Chinese pediatric cancer patients receiving chemotherapy. *Medicine*, 98(27), 1–9.
<https://doi.org/10.1097/md.00000000000016319>

7. Anexos