



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**Psicología**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS CON  
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIAGNÓSTICO DE  
CÁNCER

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: GABRIELA CELESTE REQUEJO PINTO

ASESORA: MG. VIVIAN DEL CARMEN LANDÁZURI WURST

LIMA- PERÚ

2025



## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

### Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	REQUEJO PINTO, GABRIELA CELESTE

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA** autores del trabajo titulado: **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por **TÍTULO PROFESIONAL** bajo la modalidad de **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	LANDÁZURI WURST, VIVIAN DEL CARMEN	Psicología	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3297625331**; fecha de entrega: **17 jul 2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 18 de septiembre de 2025**



---

Firma del asesor  
N° DNI: 07863043  
ORCID: 0000-0002-8180-913X

## **MIEMBROS DEL JURADO**

Mg. Rita Selene Orihuela Anaya

**Presidenta**

Mg. Giancarlo Manuel Francia Sánchez

**Vocal**

Mg. Susana Elizabeth Mamani Guerra

**Secretaria**

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por permitirme estar cerca de quien más lo  
necesita.*

*A mi familia, que siempre me apoya en toda  
aventura en la que me embarco.*

*A mis pacientes en el Instituto, que me mostraron  
que las cosas más grandes de la vida  
vienen en frascos pequeños.*

*A la universidad, mis tutores y jefes que me dotaron  
de herramientas para ponerme al  
servicio de los demás.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por ser mi fortaleza y motivación, porque en  
los momentos en los que me sentía tan  
sola e impotente siempre me  
mostraste estar a mi lado.*

*A mis padres por siempre esperar lo mejor de mí y motivarme cada día a ser  
mejor*

*A mis hermanos, porque sin saberlo son mi motivación más grande*

*A mis abuelitas por recordarme siempre lo valiosa que soy*

*A mi asesora Mg. Vivian Landázuri por ayudarme en este proceso, por su  
paciencia y templanza*

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	4
DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	4
Breve reseña	4
Ubicación	5
Misión	5
Visión	5
Objetivos	5
PUESTO DESEMPEÑADO	6
Nombre del puesto	6
Principales funciones	7
Jefe inmediato	10
Plan de trabajo	10
DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL	12
Área de trabajo	12
Línea de investigación de FAPSI	12
ODS vinculadas a la experiencia	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	14

ETAPAS DEL DESARROLLO	14
Características de la niñez intermedia	14
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	15
Definición	15
Epidemiología	15
Criterios diagnósticos del TEPT en la infancia	15
TEPT en pacientes oncológicos	18
Trauma por hospitalización y TEPT en la infancia	19
TEPT en padres y cuidadores de pacientes oncológicos	19
CÁNCER PEDIÁTRICO	20
Definición y epidemiología	20
Ependimoma de alto grado de la fosa posterior en la infancia	22
PSICOONCOLOGÍA	25
Definición	25
MODELOS DE INTERVENCIÓN	26
Enfoque cognitivo conductual	26
TCC en TEPT	27
Técnicas de modificación de conducta	29
Técnicas de afrontamiento	35
Técnicas de relajación	37
Juego libre	40

ANTECEDENTES	41
Nacionales	41
Internacionales	44
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	47
CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	47
Descripción general de la problemática	47
Importancia de desarrollar el tema	50
INTERVENCIÓN	52
Descripción del problema a tratar	52
Objetivos de la intervención	65
Indicadores de logro	66
Público objetivo	71
Descripción del procedimiento y metodología	72
Monitoreo y Evaluación	114
CONSIDERACIONES ÉTICAS	117
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	118
Descripción de los resultados	118
Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad	118
Cuestionario de Ansiedad Infantil	118
Análisis y discusión	144
CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA	153

Limitaciones encontradas en el proceso de intervención	153
Impacto a nivel profesional	154
Impacto en la institución con los resultados hallados	155
Aporte en el área psicológica y en el contexto	156
CONCLUSIONES	157
RECOMENDACIONES	160
REFERENCIAS	161
ANEXOS	

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Actividades realizadas en el área de evaluación y tratamiento	10
<b>Tabla 2:</b> Criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático	17
<b>Tabla 3:</b> Grupos musculares y relajación progresiva	39
<b>Tabla 4:</b> Diagnóstico diferencial de TEPT	57
<b>Tabla 5:</b> Presunción diagnóstica de TEPT	59
<b>Tabla 6:</b> Análisis funcional de la conducta. Problema 1	62
<b>Tabla 7:</b> Análisis funcional de la conducta. Problema 2	63
<b>Tabla 8:</b> Tabla de objetivos e indicadores	68
<b>Tabla 9:</b> Cronograma de sesiones	77
<b>Tabla 10:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 1	80
<b>Tabla 11:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 2	82
<b>Tabla 12:</b> Plan de intervención con las familiares. Sesión 3	83
<b>Tabla 13:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 4	85
<b>Tabla 14:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 5	88
<b>Tabla 15:</b> Plan de intervención con las familiares. Sesión 6	91
<b>Tabla 16:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 7	93
<b>Tabla 17:</b> Plan de intervención con las familiares. Sesión 8	95
<b>Tabla 18:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 9	97
<b>Tabla 19:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 10	100
<b>Tabla 20:</b> Plan de intervención con las familiares. Sesión 11	103
<b>Tabla 21:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 12	105

<b>Tabla 22:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 13	107
<b>Tabla 23:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 14	109
<b>Tabla 24:</b> Plan de intervención con las familiares. Sesión 15	110
<b>Tabla 25:</b> Plan de intervención con el niño. Sesión 16	112
<b>Tabla 26:</b> Lista de cotejo del paciente	114
<b>Tabla 27:</b> Lista de cotejo de las familiares	116
<b>Tabla 28:</b> Puntuación de las listas de cotejo	120
<b>Tabla 29:</b> Puntuación general de la lista de cotejo del paciente	121
<b>Tabla 30:</b> Puntuación general de la lista de cotejo de las familiares	125
<b>Tabla 31:</b> Resultados del objetivo específico 1	129
<b>Tabla 32:</b> Resultados del objetivo específico 2	132
<b>Tabla 33:</b> Resultados del objetivo específico 3	134
<b>Tabla 34:</b> Resultados de la economía de fichas	136
<b>Tabla 35:</b> Resultados del objetivo específico 4	138
<b>Tabla 36:</b> Resultados del objetivo específico 5	142

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> <i>Organigrama institucional</i>	4
<b>Figura 2:</b> <i>Países con más casos de cáncer infantil</i>	48
<b>Figura 3:</b> <i>Etapas del procedimiento</i>	73
<b>Figura 4:</b> <i>Procedimiento de evaluación</i>	76
<b>Figura 5:</b> <i>Resultados de las pruebas psicométricas</i>	119
<b>Figura 6:</b> <i>Gráfico de la lista de cotejo del paciente</i>	124
<b>Figura 7:</b> <i>Gráfico de la lista de cotejo de las familiares</i>	128
<b>Figura 8:</b> <i>Resultados del objetivo específico 1</i>	130
<b>Figura 9:</b> <i>Resultados del objetivo específico 2</i>	133
<b>Figura 10:</b> <i>Resultados del objetivo específico 3</i>	135
<b>Figura 11:</b> <i>Gráfico de la economía de fichas por semana</i>	137
<b>Figura 12:</b> <i>Gráfico de la economía de fichas por etapa</i>	137
<b>Figura 13:</b> <i>Resultados del objetivo específico 4</i>	140
<b>Figura 14:</b> <i>Resultados del objetivo específico 5</i>	143

## RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo principal implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés post traumático, en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer. La muestra se trató de un paciente de 6 años, natural de Lima Metropolitana, con diagnóstico ependimoma de alto grado de la fosa posterior y trastorno de estrés postraumático, el cual se manifestaba a través de altos niveles de ansiedad frente a procedimientos médicos, malestar emocional general y conductas desadaptativas tanto en casa como en los ambientes hospitalarios. Tras la evaluación inicial mediante la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños y el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) se realizó una intervención que constó de un total de 20 sesiones presenciales de 50 minutos, con una frecuencia de una vez por semana; de las cuales 5 fueron con los familiares y 15 con el paciente. Se emplearon diversas técnicas como el juego libre, role play, técnicas de relajación y afrontamiento, psicoeducación y economía de fichas. Dentro de los resultados principales se pudieron evidenciar mejoras significativas en el paciente con respecto a la reducción de la sintomatología ansiosa asociada al TEPT, la autorregulación emocional y el aumento de conductas adaptativas, y en sus familiares la adquisición de herramientas de manejo emocional y conductual y mejora en dinámica familiar.

*Palabras clave: trastorno de estrés postraumático infantil, ependimoma de alto grado de la fosa posterior, psicooncología, terapia cognitivo conductual, intervención psicológica*

## ABSTRACT

The main objective of the present work of professional sufficiency is to implement a psychological intervention plan to reduce the symptomatology related to post-traumatic stress disorder in a 6-year-old child with a diagnosis of cancer. The sample consisted of a 6-year-old patient, born in Metropolitan Lima, with a diagnosis of high-grade ependymoma of the posterior fossa and post-traumatic stress disorder, which manifested itself through high levels of anxiety in the face of medical procedures, general emotional discomfort and maladaptive behaviors both at home and in hospital environments. After the initial evaluation using the Behavioral Anxiety Checklist for Children and the Child Anxiety Questionnaire (CAS), an intervention was carried out consisting of a total of 20 face-to-face sessions of 50 minutes, with a frequency of once a week; 5 of which were with the family members and 15 with the patient. Several techniques were used, such as free play, role play, relaxation and coping techniques, psychoeducation and token economy. Among the main results, significant improvements were evidenced in the patient with respect to the reduction of anxious symptoms associated with PTSD, emotional self-regulation and increased adaptive behaviors, and in their family members the acquisition of emotional and behavioral management tools and improvement in family dynamics

*Keywords:* childhood post-traumatic stress disorder, high-grade ependymoma of the posterior fossa, psycho-oncology, cognitive behavioral therapy, psychological intervention

## INTRODUCCIÓN

El cáncer infantil constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se diagnostican alrededor de 160.000 nuevos casos de cáncer en menores de 15 años de edad anualmente, con una mortalidad aproximada de 90.000 casos al año (Muñoz et al., 2015)

Entre los principales tipos de cáncer en edad pediátrica están la leucemia, los linfomas y los tumores del sistema nervioso central, donde el diagnóstico y tratamiento no implican únicamente problemas físicos, sino que también llevan consigo importantes consecuencias psicológicas para el niño y su familia.

De entre los trastornos psicológicos existentes en niños con cáncer ha cobrado renombre el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), y algunos autores indican que su prevalencia puede oscilar entre el 5% y el 16% en función del tipo de evento traumático que ha sido padecido y de la severidad de la experiencia. (Montt & Hermosilla, s. f.)

En el caso de los pacientes oncológicos pediátricos existen una serie de factores como el tratamiento agresivo, la duración de la hospitalización o la percepción de amenaza vital que podrían inducir el TEPT, pero tal como subrayan algunos autores aún no existe un entendimiento claro sobre las manifestaciones específicas del TEPT en niños con cáncer. (Fernández et al., 2021)

Desde la disciplina psicológica se han evidenciado ciertas técnicas de intervención dirigidas a niños que tienen TEPT asociado a la enfermedad del cáncer y su tratamiento, siendo la terapia cognitivo-conductual (TCC) una de las más utilizadas ya que permite trabajar en la modificación del pensamiento negativo, en

la disminución de la ansiedad y en el afrontamiento del tratamiento médico. (Cruzado, 2013)

Dentro de esta modalidad de terapia se incluyen estrategias tales como la exposición gradual a la situación temida, el uso de estrategias de relajación y respiración o el entrenamiento en determinadas habilidades de afrontamiento, que han demostrado ser especialmente útiles. (Cruzado, 2013)

Por otra parte, existen otro tipo de intervenciones como el juego terapéutico, que ayudan al niño a expresarse en un entorno seguro, y las técnicas narrativas que ayudan a dar sentido a la experiencia vivida y a disminuir el impacto emocional del trauma. La psicoeducación familiar es otro de los tipos de intervención que ha sido valorado, pues permite ofrecer herramientas a los padres y cuidadores para poder apoyar al niño sin reforzar la evitación o la sobreprotección que puede dificultar la recuperación emocional (Pitillas Salvá, 2012)

Bajo este contexto, el presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo el implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés post traumático, en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.

Para ello, se dividirá el trabajo en cinco capítulos: en el capítulo I titulado "Experiencia profesional y contexto", se ofrece la descripción del instituto en que se llevó a cabo la intervención, así como también el perfil del puesto y la experiencia profesional.

Continuando con el capítulo II, el cual aborda el marco teórico, corresponde a un proceso de revisión de los antecedentes teóricos que sustentan la intervención,

en ellos se indagará con mayor profundidad acerca del cáncer infantil, el trastorno de estrés postraumático en niños y los enfoques y técnicas para la intervención.

Posteriormente, el capítulo III denominado “Metodología”, presenta el contexto del caso a tratar, así como los objetivos, los indicadores de logro, el proceso de evaluación, intervención y monitoreo.

Seguidamente, el capítulo IV presenta los resultados obtenidos y el análisis y discusión con fuentes pertinentes a la investigación. Finalmente, el capítulo V, llamado “Reflexión de la experiencia”, detalla los aportes y limitaciones de la intervención, así como las conclusiones y recomendaciones de esta.

# CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

## DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

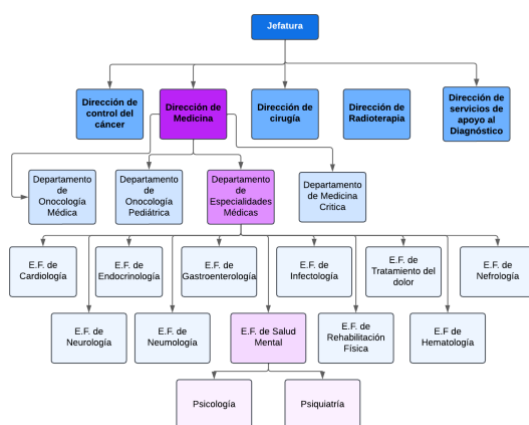
### *Breve reseña*

El instituto en el cual se realizó la intervención fue fundado en 1939. Se trata de un instituto especializado en enfermedades neoplásicas que busca atender de manera integral a pacientes oncológicos de todas las edades, especialmente aquellos que carecen de recursos económicos.

Actualmente, cuenta con aproximadamente 1800 trabajadores, dentro de los que se encuentran médicos, enfermeras, personal técnico, de mantenimiento, de limpieza, administrativos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, entre otros. Todos ellos divididos en departamentos, servicios y unidades encargadas de las diferentes patologías y tratamientos. A continuación, se mostrará en la figura 1 los diferentes departamentos y servicios con los que cuenta el instituto y el departamento en el que se encuentra el área en la que se desempeñó el trabajo.

**Figura 1**

*Organigrama institucional*



*Nota:* Elaboración propia. E.F = Equipo Funcional

### ***Ubicación***

La sede actual del instituto se encuentra ubicada en Lima Centro, en el distrito de Surquillo.

### ***Misión***

El instituto, tiene como misión el salvaguardar, impulsar, evitar y asegurar el cuidado completo de los pacientes oncológicos, dando prioridad a aquellos con recursos económicos limitados. Así mismo, el llevar a cabo el control técnico y administrativo de los servicios de atención en salud oncológica a escala nacional, además de llevar a cabo las tareas de investigación y enseñanza propias del instituto.

### ***Visión***

En cuanto a la visión, ellos ven un Perú libre de cáncer, que ha progresado mediante su liderazgo en políticas y medidas de excelencia que fomenten un acceso universal y justo a la prevención y tratamiento del cáncer.

### ***Objetivos***

En base a los pilares estratégicos delimitados por la institución, se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

- 1) Mejorar la atención especializada en oncología a los pacientes en el instituto.
- 2) Impulsar el manejo de los servicios de oncología a escala nacional.
- 3) Potenciar la investigación, la innovación y la enseñanza en los expertos del instituto.
- 4) Potenciar la administración institucional con un enfoque en la digitalización.
- 5) Potenciar el manejo del riesgo de emergencias y catástrofes en el instituto.

## ***Valores***

Con respecto a los valores institucionales, se describen los siguientes:

1. Calidad y excelencia: Mantienen un constante esfuerzo por alcanzar altos niveles de calidad y excelencia en los servicios de atención médica, la educación y la investigación en oncología.
2. Enseñanza: Implementan una doctrina y un conjunto de normas que han surgido durante más de 70 años y que los diferencian de otras organizaciones. Educando a los mejores expertos en oncología a escala nacional e internacional.
3. Sensibilidad social: Han trabajado sin descanso para garantizar que la población pueda acceder sin distinciones a servicios oncológicos completos, dando prioridad a los grupos más vulnerables.
4. Alianzas: Buscan establecer vínculos con organismos públicos y privados a escala nacional e internacional, con el fin de luchar juntos contra el cáncer.
5. Innovación: Buscan la innovación constante de los servicios, por lo que constantemente se actualizan en información y manejan equipos de alta gama, lo que provoca que se mantengan como los líderes en la prestación de servicios oncológicos.
6. Compromiso: Trabajan con entrega y sin sacrificar esfuerzos para alcanzar su misión y asistir a la población en peligro por el cáncer.

## **PUESTO DESEMPEÑADO**

### ***Nombre del puesto***

Interna de Psicología

### ***Principales funciones***

Dentro de las principales funciones que se realizaron en la institución se encuentran las siguientes:

1. **Acompañamientos psicológicos:** Se realizaron acompañamientos psicológicos a pacientes y sus familiares de las áreas de hospitalización, quimioterapia, emergencia y cuidados paliativos. En ellos se realiza una evaluación de las diversas áreas en el paciente, es decir, el área cognitiva, emocional, familiar y psicooncológica, no obstante, en esta intervención se ha de enfocar más a la contención y validación emocional. En caso sea necesario, tras la evaluación, se invita a los pacientes a pasar por consulta ambulatoria de manera que se pueda crear un plan de trabajo e intervenir a mayor profundidad.
2. **Atención por consulta externa:** Se atendieron a diferentes pacientes por medio de consulta ambulatoria, ya sea en consultorio o por teleorientación. Para ello se utilizaron distintas técnicas, cómo la escucha activa, validación y contención, exploración de emociones y pensamientos, acompañamiento, psicoeducación de cáncer, tratamiento y emocional, técnicas de terapia de apoyo, cognitivas conductuales, proyectivas, entre otras. Al igual que en los acompañamientos, se evalúan todas las áreas (cognitiva, emocional, familiar y psicooncológica) con las diferentes técnicas descritas anteriormente
3. **Atención por interconsultas:** Se atendieron interconsultas, las cuales son solicitudes hechas por los médicos a la especialidad para la evaluación y monitoreo del paciente, ya sea por una problemática en específico, por ejemplo, acompañamiento en duelo por amputación o dificultades de

adaptación en el contexto hospitalario, o para una evaluación general del paciente previo y posterior al tratamiento o cirugía. Estas se realizaron a diversas áreas, como pediatría, cirugía, adolescentes, unidad de cuidados intermedios, unidad de cuidados intensivos, trasplante autólogo de médula ósea (TAMO), emergencia y cuidados paliativos. En esta se realizaron tamizajes y entrevistas para finalmente realizar sugerencias sobre tratamiento. Así mismo, se realizaron seguimientos a aquellas interconsultas que lo requerían, ya sea en la misma área de hospitalización, o, de ser dado de alta, en el consultorio.

4. **Elaboración de notas psicológicas y registro en el sistema:** Tras cada atención, ya sea consulta externa, interconsulta o acompañamiento, se elabora una nota de intervención psicológica en donde se describe la intervención realizada, la impresión diagnóstica, lo que se brindó y las sugerencias o plan de tratamiento. Luego de ello esta nota se sube al sistema, en donde ingresa a la historia clínica del paciente. En cuanto a los acompañamientos en hospitalización, se realiza la misma nota, no obstante, esta se escribe de forma física en la historia clínica del paciente.
5. **Talleres psicoeducativos y socioemocionales:** Se realizaron talleres diversos talleres a lo largo del programa. Por un lado, se encuentra el Club de los pacientes Ostomizados, estos se llevaban a cabo una vez al mes, con el objetivo de psicoeducar en diversas temáticas psicológicas y así, apoyar en la transición de las participantes en su proceso de tratamiento oncológico. Entre los temas que se abordaron, se encuentran el compromiso y sentido de grupo, adaptación a cambios, autoestima, duelo y proyecto de vida.

Por otro lado, se realizaron diversos talleres de corte lúdico y psicoemocional en el área de pediatría del instituto, los cuales tuvieron como objetivo la disminución del malestar emocional asociado a la hospitalización pediátrica, en base a talleres psicoemocionales semanales que promuevan el reconocimiento y aceptación de las emociones, así como técnicas y herramientas para afrontar la situación de estrés por la que está pasando la población. Dentro de estas herramientas, se proponen las manualidades como medio de terapia ocupacional y de relajación para los pacientes. A la par de servir como piloto para el desarrollo de un programa más extenso a futuro.

Así mismo, se realizaron 4 talleres informativos y prácticos sobre la psicomotricidad en una sala de hospitalización pediátrica, la cual está designada a los pacientes más pequeños (3 meses a 3 años), con el fin de lograr que los pacientes puedan practicar la motricidad fina y gruesa y sus madres conozcan más sobre el tema y acerca de herramientas que las puedan ayudar a desarrollarlas.

En esa misma línea, se realizó una charla denominada “El camino a la motivación” para el emprendimiento de una paciente que busca empoderar a los pacientes a ejercer emprendimientos y brindarles un nuevo propósito de vida.

6. **Apoyo a voluntariado de clown:** Se brindó apoyo en diversas actividades de un voluntariado de clown los cuales acompañan a los pacientes y familiares ya sea en hospitalización o fuera de las consultas ambulatorias.

Así mismo, se apoyó en las campañas, como la de donación de sangre, en la que ellos participaban.

7. **Elaboración de flyers y material psicoeducativo:** Se elaboraron carteles psicoeducativos con el fin de psicoeducar y lograr una mejor comprensión y capacidad de insight en el paciente, al momento de realizar las intervenciones. Además, se elaboraron títeres de las emociones para intervenciones más didácticas.
8. **Elaboración de estadísticas mensuales:** Al final de cada día, semana y mes, se realizó la estadística de las atenciones realizadas tanto por las internas, cómo por el tutor. Esto se hace mediante un excel preestructurado en donde se marca cada actividad realizada y brindada a cada paciente.

***Jefe inmediato***

El jefe inmediato es supervisor de prácticas del turno tarde del departamento de Salud Mental en el instituto.

***Plan de trabajo***

Las actividades realizadas durante el periodo de trabajo se organizan en las siguientes:

**Tabla 1**

*Actividades realizadas en el área de evaluación y tratamiento*

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Documentos de verificación</b>
Orientación y Consejería	Brindar apoyo psicológico a quienes acceden al servicio.	- Entrevista psicológica	- Computadora - Internet - Plataforma Zoom - Consultorio	- Registro de atención psicológica - Excel

Evaluación Psicológica	Elaboración de historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista Psicológica</li> <li>- Elaboración de anamnesis</li> <li>- Evaluación psicométrica/proyectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Internet</li> <li>- Plataforma Zoom</li> <li>- Consultorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historias clínicas</li> <li>- Excel</li> </ul>
Prevención	Elaboración y ejecución de programas preventivos, charlas y/o talleres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jerarquización de la problemática psicosocial del centro.</li> <li>- Cronograma de las actividades a realizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Internet</li> <li>- Plataforma Zoom</li> <li>- Consultorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de Asistencia de la población beneficiada.</li> <li>- Material filmico y/o fotográfico.</li> </ul>
Promoción	Difundir información del servicio a los asistentes del centro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega de material publicitario a los asistentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Internet</li> <li>- Plataforma Zoom</li> <li>- Consultorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material impreso de difusión</li> <li>- Cuaderno</li> </ul>
Tratamiento	Abordaje de casos desde los diferentes enfoques psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas psicológicas</li> <li>- Elaboración de informes psicológicos</li> <li>- Elaboración de planes de tratamiento.</li> <li>- Ejecución de sesiones</li> <li>- Evaluación y seguimiento de sesiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Internet</li> <li>- Plataforma Zoom</li> <li>- Consultorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes Psicológicos</li> <li>- Planes de tratamiento</li> </ul>
Estudio de caso	Elaborar un estudio de caso psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas psicológicas.</li> <li>- Evaluación psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Internet</li> <li>- Plataforma Zoom</li> <li>- Consultorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe Psicológico</li> <li>- Plan de Tratamiento</li> </ul>

*Nota.* Elaboración Propia

## **DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL**

### ***Área de trabajo***

El área de trabajo se encuentra dentro del Departamento de Especialidades Médicas, específicamente en la Unidad Funcional de Salud Mental, la cual está constituida por un staff de 3 psiquiatras y 11 psicólogos, además de un aproximado de 15 internos de psicología y 1 de psiquiatría, distribuidos en 2 turnos: el de la mañana de 7:00 a 13:00 y el de la tarde de 13:00 a 20:00.

La unidad cuenta con 1 oficina general ubicada en el segundo piso del edificio principal y con 2 consultorios para atención ambulatoria, uno ubicado en el módulo 2 del edificio principal y el otro en el primer piso de la torre.

Así mismo, cabe resaltar que la mayoría de las veces, las intervenciones se realizaban en los pisos de hospitalización, quimioterapia, cuidados paliativos o emergencia.

### ***Línea de investigación de FAPSI***

El trabajo realizado se ubica en dos líneas de investigación, por un lado, se encuentra ciudadanía, educación y familia, ya que en esta intervención podemos observar cómo la crianza y el vínculo familiar influyen en el bienestar emocional del paciente al estar pasando por una situación estresante tal y como lo es un diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Así mismo, la segunda línea de investigación es la de bienestar psicológico y salud mental, al indagar y potenciar los factores intra e interpersonales que le permitirán al paciente adaptarse a una situación potencialmente desadaptativa y a tener una mejor percepción de su bienestar emocional.

### ***ODS vinculadas a la experiencia***

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se considera que esta intervención se enmarca en el objetivo número 3 denominado “Salud y Bienestar”, puesto a que busca contribuir con el bienestar emocional de los pacientes y de sus familiares para que de ese modo puedan adaptarse de mejor manera a la situación de salud física que presentan y puedan gozar de una buena salud integral.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **ETAPAS DEL DESARROLLO**

Las etapas del desarrollo humano son una serie de puntos clasificatorios donde, por cada cierto grupo de edad, se reúnen características generales de cómo se evidencian los cambios en el desarrollo de los sistemas a nivel fisiológico, anatómico, psicológico y social del individuo. Estas clasificaciones son fundamentales para la comprensión de cómo se gesta el desarrollo y los cambios en las distintas épocas de la vida (Papalia & Martorell, 2021).

#### ***Características de la niñez intermedia***

Respecto al desarrollo físico del niño, se evidencia un crecimiento constante en lo que altura y masa respecta, siendo el primero con un aumento promedio de 5 cm por año. A niveles de la coordinación motora fina y gruesa, se evidencia aumento de la complejidad de estas habilidades, así como también, se desarrolla la escritura y la participación de juegos complejos normados bajo reglas (Meriem et al., 2020). A nivel cognitivo, se inicia con el pensamiento operatorio concreto, capacidad para la realización de tareas de clasificación y ordenamiento, como también, la comprensión del tiempo y la secuencia; uso de vocabulario más amplio y la construcción de oraciones complejas; seguimiento de reglas e instrucciones más elaboradas (Chung & Chung, 2018). A nivel afectivo y social, el individuo apunta a una independencia acerca de sus actividades y amistades, las habilidades sociales y de interacción como el compartir, cooperación y resolución de problemas se van mostrando, desarrollan habilidades de empatía y emociones en otros congéneres, comprensión del sentido de justicia y de reglas sociales (de Meneses et al., 2023).

## **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

### ***Definición***

Este síndrome suele aparecer cuando un individuo ha sido víctima o ha padecido de una grave agresión física, violencia/abuso sexual o eventos que han amenazado su vida de manera directa o de indirecta. A menudo los eventos tales como violaciones, actos terroristas, torturas, robos con violencia, secuestros o violencia doméstica son hechos que desencadenan la sintomatología (Echeburúa & Amor, 2024).

### ***Epidemiología***

Epidemiológicamente el TEPT, en población preescolar (menores a 6.5 años) tiene una prevalencia mundial del 21.5% (Woolgar et al., 2022). Otro estudio de metaanálisis determinó que el TEPT relacionado a desastre natural mostró una prevalencia mundial del 22%, además agregó que otros eventos como la violencia comunitaria o el índice de pobreza aumenta el riesgo de desarrollar la sintomatología del TEPT (Danzi et al., 2024). Se sabe también que la prevalencia de trauma interpersonal o repetido es tres veces mayor que a eventos ocurridos una sola vez o no interpersonales, además los estatus de minoría sexual, multirracial, padres separados o divorciados, inseguridad económica son factores de vulnerabilidad para los infantes (Nikolopoulos et al., 2023; Woolgar et al., 2022).

### ***Criterios diagnósticos del TEPT en la infancia***

Los criterios o síntomas presentes en el cuadro de TEPT son similares en presentación en consultantes adultos, adolescentes y niños; sin embargo, existen algunas diferencias definitorias y sintomatológicas entre personas mayores y

menores a los 6 años. Específicamente, para los mayores a este punto de corte, son 4 agrupaciones de síntomas nucleares necesarios, estos son, reexperimentación del trauma (flashbacks), evitación conductual y cognitiva de eventos asociados al trauma, alteraciones cognitivas y cambios en el estado de ánimo y respuestas de hiperactivación. Por su parte, respecto a los menores del punto de corte, en lugar de los cuatro núcleos sintomáticos necesarios para el diagnóstico, se requiere la presencia de la reexperimentación de la vivencia traumática, de la hiperactivación y de, al menos, patrones conductuales de evitación o alteraciones emocionales o sociales (Echeburúa & Amor, 2024b, 2024a). Las principales diferencias de los criterios diagnósticos se pueden visualizar en la tabla 2.

Los criterios para determinar el diagnóstico, en menores de 6 años, es haber estado expuesto a alguno de los eventos mencionados, presencia de síntomas intrusivos posterior al evento estresante como los recuerdos involuntarios, pesadillas recurrentes, reacciones disociativas, malestar a exposición con estímulos relacionados y reacciones fisiológicas elicidadas por los recuerdos, esfuerzo continuo de evitación de actividades, eventos sociales o personas relacionadas con el trauma, incremento de estados emocionales como tristeza y vergüenza, comportamiento retraído, irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración y deterioro de calidad de vida (APA, 2022; Ortiz-Tallo, 2013).

**Tabla 2**

*Criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático*

<b>Criterios aplicables a mayores de 6 años</b>	<b>Criterios aplicables a menores de 6 años</b>
<p>Exposición a eventos de lesión grave, muerte o violencia sexual de manera directa o vía amenazas. Por ejemplo: experiencia directa del evento trauma, presencia directa como observador, conocimiento del suceso traumático a familiar o ser querido, exposición constante y repetida a detalles repulsivos del evento traumático.</p> <p>Presencia de síntomas intrusivos asociados al trauma y que comienzan posterior a este, por ejemplo, recuerdos recurrentes e involuntarios, pesadillas recurrentes donde el contenido está relacionado al trauma, reacciones disociativas, pérdida de conciencia, reacciones fisiológicas y de ansiedad intensas.</p> <p>Evitación persistente a estímulos asociados. Esfuerzos para evitar los recuerdos, pensamientos o sentimientos de malestar. Evitación de estímulos como lugares, actividades, personas, objetos o situaciones.</p> <p>Alteraciones negativas de los eventos cognitivos y procesos afectivos asociados al evento del trauma. Incapacidad para recordar eventos importantes asociados al trauma o amnesias disociativas, creencias y expectativas negativas exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo. Percepción distorsionada de las causas o consecuencias del trauma que implica culpabilización de los demás o propia. Estado emocional caracterizado por el miedo, terror, ira o vergüenza. Disminución de actividades de interés o participación en actividades significativas. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.</p> <p>Alteración importante de alerta o reactividad asociada al trauma. Comportamientos irritables y arrebatos de furia, agresión física, verbal o física contra personas u objetos. Comportamientos imprudentes o autodestructivos, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y alteraciones de sueño.</p> <p>Duración de los síntomas mencionados superiores a un mes.</p>	<p>Exposición a eventos de lesión grave, muerte o violencia sexual de manera directa o vía amenazas. Por ejemplo: experiencia directa al evento, presencia como observador del evento y conocimiento de lo sucedido a uno de los progenitores, familiares o cuidadores.</p> <p>Presencia de síntomas intrusivos asociados al trauma y que comienzan posterior a este, por ejemplo, recuerdos recurrentes e involuntarios, pesadillas recurrentes donde el contenido está relacionado al trauma, reacciones disociativas y malestar psicológico y fisiológico intenso o prolongado.</p> <p>Presencia de síntomas evitativos persistentes y alteraciones cognitivas. Evitación o esfuerzo para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos asociados al trauma. Evitación a personas, lugares y conversaciones que despierta el suceso traumático.</p> <p>Alteraciones cognitivas como el aumento importante de estados emocionales negativos como miedo, culpa, tristeza y confusiones. Disminución importante del interés o la participación en actividades, disminución del juego, disminución de las actividades sociales, comportamientos retraídos, reducción persistente a la expresión de emociones persistentes.</p> <p>Alteración importante de alerta o reactividad asociada al trauma. Comportamientos irritables y arrebatos de furia, agresión física, verbal o física contra personas u objetos. Comportamientos imprudentes o autodestructivos, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y alteraciones de sueño.</p> <p>Duración de los síntomas mencionados superiores a un mes.</p>

Sintomatología causa malestar clínicamente significativo o deterioro de las esferas sociales, laborales y otros importantes.

Sintomatología causa malestar clínicamente significativo o problemas en relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores en el hogar o escuela.

La alteración no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo, medicación, alcohol u otras drogas, así como también, a estados de afección médica.

---

Nota. Adaptado de DSM-V-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022)

### ***TEPT en pacientes oncológicos***

La evidencia respalda que las enfermedades oncológicas tienen efectos en distintos campos de la acción humana, incluyendo su comportamiento y su salud mental, por tal motivo, se ha estudiado la estrecha relación de los trastornos psicológicos y su presencia comórbida o consecuencia en distintos tipos de cáncer. Por tal motivo es que organizaciones y círculos académicos como la Sociedad Americana del Cáncer y el Instituto de medicina instan a las distintas instituciones de salud a implementar programas de detección de malestar o distrés psicosocial de los consultantes para garantizar su acreditación, así como también, mejorar las intervenciones dentro de la población pediátrica (Yardeni et al., 2021).

Las estimaciones sugieren que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en población pediátrica oncológica es del 23%, sugiriendo así que, aproximadamente 1 de cada 4 pacientes pediátricos tiene sintomatología relevante. Dentro de estos, fue el TEPT quien mostró mucho mayor presencia, siendo este del 12%, frente a otros trastornos de ansiedad (Amiri, 2024). La intervención de la ansiedad, en paralelo con el tratamiento oncológico, resulta importante porque se ha evidenciado que los niveles iniciales de ansiedad predicen la persistencia de esta durante el tratamiento; por otra parte, se sabe que niños con tumores cerebrales y

con fase inicial del cáncer tienen un mayor riesgo a desarrollar un cuadro (Himelhoch et al., 2024), a medida que la edad incrementa y ser del sexo femenino también se relacionan con la presencia de un cuadro (Amiri, 2024; Yardeni et al., 2021).

### ***Trauma por hospitalización y TEPT en la infancia***

Se considera la posibilidad de desarrollar TEPT ante eventos vividos en el tratamiento del cáncer en población pediátrica. Existen diversas variables relevantes como la hospitalización prolongada, los procedimientos clínicos dolorosos e invasivos, así como también, la edad del paciente, el tipo de cáncer y la fase de tratamiento en la que se encuentra. Se ha reportado sintomatología propia de otros cuadros como el miedo al dolor, la pérdida de control y la irritabilidad como problemáticas constantes de los pacientes pediátricos hospitalizados (Cardenas-Aguirre et al., 2022; Nunes et al., 2024). Se sabe que los sobrevivientes de cáncer pediátrico tienen una alta probabilidad (57%) de desarrollar sintomatología depresiva y un 29% de problemas de ansiedad frente a otros individuos pediátricos sin enfermedad, así mismo, se ha reportado el riesgo a desarrollar Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), fobias específicas y trastornos psicóticos (Steineck et al., 2021; Yardeni et al., 2021; Zahed & Koohi, 2020).

### ***TEPT en padres y cuidadores de pacientes oncológicos***

La evidencia científica muestra que el TEPT también es un fenómeno clínicamente relevante en los cuidadores y padres que interactúan con sus hijos que son casos oncológicos. Una investigación reciente encontró que el 26% de los cuidadores mostró indicadores claros de sintomatología TEPT (van Warmerdam et

al., 2019). Otro estudio reportó que cerca del 40% de las madres y el 30% de los padres presentaron síntomas de TEPT entre la semana 2 y 22 después del diagnóstico de cáncer de su hijo (Dunn et al., 2011). Mientras tanto, una investigación longitudinal encontró que cerca del 20% de las madres y el 8% de los padres todavía reportaban síntomas TEPT 5 años después de haber concluido el tratamiento oncológico de sus hijos (Ljungman et al., 2015)

## **CÁNCER PEDIÁTRICO**

### ***Definición y epidemiología***

El cáncer en niños y adolescentes se define como el crecimiento y propagación descontrolada de células malignas en cualquier parte del cuerpo, afectando a pacientes entre 0 y 17 años (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

Según Gutiérrez-Castañeda et al. (2023) el cáncer pediátrico es un grupo diverso de neoplasias que afecta a niños (0-14 años) y adolescentes (15-19 años), diferenciándose del cáncer en adultos en aspectos como su comportamiento biológico, presentación clínica y opciones de tratamiento.

Aunque el cáncer es más común en adultos, en muchos países es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, solo superada por los accidentes. La OMS en el 2021 ha reconocido el cáncer infantil como una prioridad de salud pública global, debido a su impacto psicosocial y económico en las familias y comunidades.

El diagnóstico definitivo de cáncer en niños o adolescentes generalmente se realiza mediante confirmación histológica o citológica, o en algunos casos específicos exploración clínica, exámenes de laboratorio como marcadores

tumorales y estudios de imagen. Para casos sospechosos o de alto riesgo está a cargo de equipos multidisciplinarios capacitados en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS en Perú) de todos los niveles (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Los tipos más comunes de cáncer pediátrico incluyen leucemias agudas, tumores cerebrales, linfomas, sarcomas y tumores de células germinales, con la leucemia representando el 28% de los casos, seguida por tumores del sistema nervioso central (21%) y linfomas (19%). El pronóstico del cáncer pediátrico ha mejorado significativamente en las últimas décadas gracias a avances en tratamientos y técnicas diagnósticas. En países desarrollados, la supervivencia a 5 años supera el 80%, mientras que en países de bajos ingresos oscila entre el 15% y el 45%. Actualmente, se busca mejorar el acceso a terapias contra el cáncer en países de bajos ingresos y se continúan explorando nuevas opciones de tratamiento, especialmente para los tipos de cáncer con mal pronóstico y baja respuesta al tratamiento (Gutiérrez-Castañeda et al., 2023).

La nutrición juega un papel crucial en el bienestar de los niños con cáncer, y su impacto va más allá de las alteraciones metabólicas causadas por la enfermedad. El estado nutricional de estos pacientes está influenciado por diversos factores, incluyendo el tipo de diagnóstico, el tratamiento recibido y las condiciones socioeconómicas de la familia. Lamentablemente, la desigualdad social afecta significativamente la supervivencia de los niños con cáncer en países de ingresos

medios y bajos, donde las tasas pueden ser inferiores al 30% debido a la falta de atención multidisciplinaria adecuada (Macana et al., 2023).

Realizar estudios clínicos en niños, especialmente en países de ingresos bajos y medios, presenta varios desafíos, como el número limitado de pacientes por patología. Alternativas como los modelos preclínicos y análisis molecular pueden ayudar a identificar estrategias de tratamiento prometedoras. Aunque la investigación traslacional en América Latina ha estado limitada por restricciones económicas, se han observado avances en la última década (Cancela et al., 2024).

Así mismo, para los padres, enfrentar la muerte de un hijo con cáncer es una experiencia devastadora que implica un profundo sufrimiento. Atraviesan diversas etapas emocionales, como negación, ira, negociación, depresión y aceptación, experimentando un duelo anticipado. Este proceso conlleva un conflicto interno entre el deseo de preservar la vida del hijo y la necesidad de dejarlo ir, siendo la transición hacia el desapego la resolución más favorable para el bienestar del niño o adolescente enfermo (Caires et al., 2024).

### ***Ependimoma de alto grado de la fosa posterior en la infancia***

El ependimoma de alto grado de la fosa posterior es un tumor maligno del sistema nervioso central (SNC) que se origina en las células ependimarias que recubren los ventrículos cerebrales, específicamente en la región infratentorial del cerebro (Instituto Nacional del Cáncer, 2020). Este tipo de tumor se clasifica como grado III según la OMS y se caracteriza por un crecimiento rápido y agresivo (Kleihues et al., 2002). La sintomatología típica de esta alteración oncológica son las siguientes (Liu et al., 2023):

- Vómitos matutinos
- Cefalea matutinas
- Hidrocefalia obstructiva
- Ataxia y dificultad para caminar
- Dolor de cuello
- Compromiso de pares craneales (pares VII y VIII)
- Problemas visuales por edema
- Problemas de aprendizaje e irritabilidad

La prevalencia de este problema representa casi el 9% de todos los casos de tumores cerebrales y de médula espinal en población pediátrica (Viaene, 2023). Los casos ocurridos en esta población, entre el 65%-75% de los ependimomas surgen en la fosa posterior. Se sabe también que los casos de alto grado (grado II o anaplásicos) se presentan en menor frecuencia, pero muestran un comportamiento mucho más resistente y agresivo (Mu & Dahmouh, 2023).

Los ependimomas de alto grado de la fosa posterior suelen presentarse en niños pequeños, con una mediana de edad de aproximadamente 3,75 años. Estos tumores se localizan típicamente en el cuarto ventrículo o cerca del tronco encefálico, lo que puede dificultar su resección quirúrgica completa (Miranda-Lloret et al., 2024).

Histológicamente, los ependimomas de alto grado muestran características de anaplasia, incluyendo alta celularidad, actividad mitótica elevada y necrosis. A nivel molecular, estos tumores suelen presentar un perfil genómico relativamente

equilibrado, con algunas alteraciones recurrentes como la ganancia del cromosoma 1q, que se asocia a un pronóstico desfavorable (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Según Rojas (2019) la supervivencia del ependimoma craneal en niños a los 3, 5 y 10 años es de 91%, 82% y 41% respectivamente a diferencia que el ependimoma anaplásico con pronóstico más desfavorable, a los 3, 5, 10 años es de 74%, 52% y 0%.

El abordaje terapéutico de estos tumores generalmente implica un enfoque multimodal que combina cirugía, radioterapia y, en casos seleccionados, quimioterapia. Sin embargo, la localización crítica de estos tumores en el sistema nervioso central presenta un desafío significativo para los neurocirujanos. La resección quirúrgica completa, considerada el factor pronóstico más importante, a menudo se ve limitada por el riesgo de causar déficits neurológicos permanentes. Esta complejidad subraya la importancia de un equilibrio cuidadoso entre la extensión de la resección y la preservación de la función neurológica, lo que requiere una planificación meticulosa y técnicas quirúrgicas avanzadas (Fernández et al., 2023). Otro de los tratamientos típicos es la radioterapia local conformada posterior a la cirugía, este tratamiento se ha mostrado efectivo como complemento e incluso se está usando en población infantil a partir del año de nacimiento (Louis et al., 2016).

## **PSICOONCOLOGÍA**

### ***Definición***

La psicooncología es una especialidad dentro del campo de la psicología que se enfoca en brindar apoyo emocional y psicológico a pacientes con cáncer, sus familiares y el equipo médico que los atiende. Esta disciplina surge de la necesidad de abordar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales que acompañan al diagnóstico y tratamiento del cáncer, reconociendo que la enfermedad afecta no solo el cuerpo, sino también la mente y el entorno social del paciente (Galindo et al., 2023).

Los psicooncólogos intervienen en todas las etapas del proceso oncológico, desde el diagnóstico hasta la supervivencia o los cuidados paliativos; entre sus funciones incluye ayudar a los pacientes a manejar el impacto emocional del diagnóstico, reducir la ansiedad y depresión asociadas a la enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento, y promover estrategias de afrontamiento adaptativas. Además, trabajan en la prevención del cáncer, la toma de decisiones sobre tratamientos, y el manejo de los efectos secundarios tanto físicos como psicológicos (Arroyo, 2020).

El enfoque de la psicooncología es integral y multidisciplinario, utilizando diversas técnicas terapéuticas como la terapia cognitivo-conductual, el mindfulness, y la terapia de aceptación y compromiso. Su objetivo final es mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y su familia, ayudándoles a adaptarse a los cambios que conlleva la enfermedad y promoviendo un bienestar psicológico que pueda

influir positivamente en el proceso de tratamiento y recuperación (Fernández, 2023).

## **MODELOS DE INTERVENCIÓN**

### ***Enfoque cognitivo conductual***

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una modalidad psicoterapéutica estructurada, didáctica y enfocada en objetivos que se fundamentan en los principios del aprendizaje y modelos cognitivos de la psicopatología. El modelo postula que las cogniciones disfuncionales, tales como los pensamientos automáticos y esquemas subyacentes, desempeñan un papel en el mantenimiento de los problemas psicológicos. Por consiguiente, la propuesta terapéutica propone una constelación de estrategias cognitivas y conductuales para la modificación del pensamiento y otros comportamientos desadaptativos, aquella modificación produciría cambios tanto en la forma de sentir y experimentar las emociones (cambios en los procesos afectivos), así como también, cambios en comportamientos saludables y orientado hacia los valores personales del individuo (Hagen & Hjemdal, 2023; Nakao et al., 2021).

Desde la perspectiva de Aaron T. Beck, la TCC se centra en identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos, las creencias intermedias y los esquemas cognitivos subyacentes que mantienen el malestar emocional y los comportamientos disfuncionales (Beck, 2021). A diferencia del enfoque de Albert Ellis, que dio origen a la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), el modelo de Beck pone un mayor énfasis en el papel de la estructura cognitiva individual, el análisis de los esquemas y la reestructuración cognitiva a través del diálogo

socrático, mientras que Ellis prioriza la confrontación directa de creencias irracionales y un enfoque más filosófico sobre la racionalidad y la aceptación (David et al., 2018).

El enfoque de Beck considera que modificar el pensamiento conduce a cambios emocionales y conductuales, favoreciendo así una mejor adaptación del individuo. Esta intervención se caracteriza por ser una alternativa breve, estructurada, centrada en el presente y orientada a los valores, así como también, la resolución de problemas. Tanto el psicoterapeuta, como el cliente o consultante, trabajan de manera colaborativa y afianzando la relación terapéutica con la finalidad de poder determinar, identificar y modificar los distintos patrones conductuales y cognitivos relevantes para entender la problemática, reducir la sintomatología e incrementar el funcionamiento del sujeto en su medio (Leahy & Martell, 2021)

### ***TCC en TEPT***

La TCC ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), tanto en adultos como en niños. En pacientes pediátricos, se adapta considerando el nivel de desarrollo cognitivo y emocional del niño, utilizando técnicas como el juego terapéutico, la narración de la historia del trauma, el entrenamiento en relajación y la exposición gradual (Cohen, Mannarino & Murray, 2017). En particular, la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT) ha mostrado resultados positivos en la reducción de síntomas de intrusión, evitación e hipervigilancia. Esta intervención combina componentes psicoeducativos, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva y

procesamiento del trauma, siendo validada empíricamente en diversos contextos clínicos (Zhou et al., 2021).

La propuesta ha demostrado su eficacia empírica en el tratamiento de una amplia gama de trastornos psiquiátricos y psicológicos, incluyendo trastornos de ansiedad, depresión, conducta alimentaria y TEPT (Arch et al., 2012; Hagen & Hjemdal, 2023). De ahí que se haya convertido en una tecnología con gran importancia para su uso por distintos profesionales de la salud dada sus bondades.

### **Modelo ABC y la triada cognitiva**

Ambos conceptos son fundamentales dentro de la TCC porque ofrecen un marco de acción, explicativo y psicoeducativo para el tratamiento y explicar al consultante cómo se origina y se mantiene el problema que está reportando (Marchetti et al., 2020). La modificación de conducta es un enfoque utilizado para cambiar comportamientos no deseados y fomentar comportamientos positivos. Este enfoque se aplica en diversos contextos, desde la educación y la psicología clínica hasta la gestión del dolor y los trastornos de conducta (Duckworth & Gross, 2020). El modelo ABC recibe el nombre debido las siglas de adversidad (A), creencia (B) y consecuencias (C), afirmando que el evento A no es la que causa los problemas psicológicos o síntomas que son el problema de consulta, sino son las situaciones que evocan a B y estas perturbaciones erróneas generan todo el malestar (C), el cual se busca su reducción, por lo tanto, B es objeto de tratamiento (Kennard et al., 2017; Tolin, 2024).

Por su parte, la triada cognitiva hace referencia a un concepto inicial propuesto por Beck (1967) para explicar la depresión, que luego se fue

generalizando a diversos cuadros de ansiedad y TEPT (Tolin, 2024). Este hace referencia a una serie de pensamientos negativos, repetitivos y automáticos sobre el yo, acerca de su mundo y el futuro que acontecerá. La triada cognitiva es importante considerarla en el tratamiento y evaluación puesto que contribuye significativamente a la longitudinal persistencia de la sintomatología del TEPT al mantener el sentido de amenaza actual y grave, interferir con el reprocesamiento del trauma y fomentar o retroalimentar las estrategias de evitación características del cuadro clínico (Dobson & Dozois, 2019; Dunkley et al., 2015). Los componentes son los siguientes:

- Pensamientos sobre el yo: cogniciones negativas sobre uno mismo, verse así mismo como incompetente, dañado o inútil (Kennard et al., 2017).
- Pensamientos sobre el mundo: percepción y contenido cognitivo calificando al ambiente como inseguro e impredecible; cogniciones tipo de “el mundo es peligroso, no se puede confiar en nadie, todo es incierto” son ejemplos típicos de la clínica (Kennard et al., 2017).
- Pensamientos sobre el futuro: cogniciones de contenido pesimista y catastrófico del mundo y causantes de su sufrimiento personal. Pensamientos del tipo “la situación nunca mejorará, no tiene sentido hacer algo” son prototípicas (Kennard et al., 2017).

### ***Técnicas de modificación de conducta***

La modificación de conducta es una tecnología que tiene sus bases en la psicología conductual, en los principios del aprendizaje y el análisis conductual

aplicado. Este es un componente típico en la TCC utilizado para cambiar comportamientos no deseados y fomentar comportamientos positivos o saludables. Este enfoque se aplica en diversos contextos, desde la educación y la psicología clínica hasta la gestión del dolor y los trastornos de conducta (Duckworth & Gross, 2020). Esta tecnología viene siendo usada por su amplio respaldo en la evidencia experimental y para el control y fortalecimiento de comportamientos en distintos problemas psicológicos: se suelen dividir en técnicas para el aumento y aprendizaje de conductas (reforzamiento, moldeamiento, encadenamiento, etc.), técnicas para la reducción de comportamientos (castigo, extinción, tiempo fuera, etc.) y técnicas basadas en el condicionamiento respondiente (aprendizaje por inhibición, exposición, técnicas de relajación, etc.) (Miltnerberger, 2020).

### **Reforzadores**

El refuerzo positivo se refiere a la introducción de un estímulo agradable o recompensa después de una conducta deseada, con el objetivo de aumentar la probabilidad de que dicha conducta se repita en el futuro. Este tipo de refuerzo es ampliamente utilizado en contextos educativos y de manejo de conductas para fomentar comportamientos positivos (Schieltz et al., 2020). Por ejemplo, en el ámbito educativo, se puede utilizar el refuerzo positivo para mejorar el rendimiento académico y reducir comportamientos problemáticos mediante la entrega de recompensas o elogios cuando los estudiantes muestran comportamientos deseados (Pan, 2024).

El refuerzo negativo, por otro lado, implica la eliminación de un estímulo aversivo o desagradable para aumentar la probabilidad de que una conducta deseada

se repita. A diferencia del castigo, que busca disminuir una conducta, el refuerzo negativo busca fortalecer una conducta al eliminar una condición negativa. Por ejemplo, en un contexto de aprendizaje, se podría retirar una tarea difícil o una consecuencia negativa cuando un estudiante muestra un comportamiento adecuado, lo que refuerza la conducta deseada (Frank-Crawford et al., 2021).

Ambos tipos de refuerzo son efectivos en diferentes contextos y pueden ser utilizados de manera combinada para maximizar los resultados en el manejo de conductas. La elección entre refuerzo positivo y negativo puede depender de las características individuales y del contexto específico en el que se aplican. Además, es importante considerar que la efectividad de estos refuerzos puede variar según la situación y las necesidades individuales, lo que sugiere la necesidad de un enfoque personalizado en su aplicación (Gebauer et al., 2023).

### **Autoinstrucciones**

Es una técnica fundamental en la terapia cognitivo-conductual que la generación propia de pensamientos que permitan ser estímulo discriminativo de comportamientos efectivos y funcionales en situaciones típicas o problemáticas para el individuo; por lo tanto, requiere cierto entrenamiento previo puesto que, en general, este comportamiento no está en el sujeto y requiere de feedback constante por parte del terapeuta. En el TEPT permite una adaptación a situaciones que, por su similitud, son potenciales símiles con la experiencia traumática, pero no desencadena problema alguno y es necesario para que el sujeto pueda tener una vida normal (Stein et al., 2023). El procedimiento de modificación de conducta fue

diseñado por Meichenbaum (1969) con la finalidad de instaurar verbalizaciones que modifiquen el dialogo interno típico que interfiere con la ejecución del comportamiento esperado o funcional; por lo tanto, el objetivo se direcciona a enseñar estrategias para primer pensar, planifica y luego actuar en función de ello (Stein et al., 2023).

Para empezar con el entrenamiento en autoinstrucciones es necesario realizar una evaluación funcional y descriptiva del soliloquio del consultante durante las tareas y responsabilidades cotidianas, todo ello mediante el registro, el cual es rellenado diariamente por el consultante cuando la conducta problema, o a modificar, aparezca. Ello permite saber qué respuestas verbales emite en determinadas situaciones para evaluar si son funcionales o permiten la modificación, caso contrario, se identifica aquellas que son interferencia para su reducción sistemática (Smith et al., 2016). Sin embargo, para ello también es importante, mediante el análisis funcional, enseñar al consultante cuáles son las verbalizaciones no relevantes o desajustadas las cuáles se sugiere intervenir y poder modificar, ello lograría aumentar la confianza en la relación terapéuticas, así como también, la propuesta de objetivos de manera conjunta y con el consentimiento (Ethington et al., 2021).

Un programa típico de generación y entrenamiento de auto verbalizaciones y autoinstrucciones contiene los siguientes aspectos a cubrir para garantizar su eficacia:

- Selección de la situación problema: cavilar e interrogarse acerca del evento que hace explícito el problema, qué componentes tiene y permitirse comprender el contexto donde se desarrolla este problema (Cooper et al., 2019).
- Focalización en el problema: mediante una serie de preguntas y respuestas acerca de la tarea, se analiza la información únicamente enfocándose en la problemática analizada (Cooper et al., 2019).
- Elaborar reglas específicas: encauzar la problemática hacia posibles soluciones considerando las contingencias. Propuesta de posibles autoinstrucciones a mencionar para guiar el comportamiento o el proceso de actuación en diferentes fases y frente a posibles cambios inesperados (Cooper et al., 2019).
- Considerar los errores: las autoinstrucciones permiten la flexibilidad y regulación emocional frente a posibles adelantos de situaciones que no resultan adecuados o esperados, por lo tanto, considerarlas permite adelantarse a posibles situaciones y accionar con una confianza mucho más efectiva (Cooper et al., 2019).
- Auto-refuerzo: las contingencias dadas por uno mismo permiten reforzar y retroalimentar las acciones guiadas por las autoinstrucciones, por lo tanto, ello provocaría el aumento de estas en distintas situaciones generalizables. Generarían un ambiente motivador y basado en las

consecuencias logradas por el sujeto y para él mismo (Cooper et al., 2019).

### **Economía de fichas**

Esta estrategia conductual es crucial para el aprendizaje y adquisición de comportamientos en ambientes donde los reforzadores pueden ser controlados en su totalidad. Se basa en una sistematización y uso de fichas como reforzadores a condicionar, los cuales serán adquiridos, ganados o logrados en la medida que se realizan comportamientos objetivos claros e importantes para el tratamiento. La adquisición de estos reforzadores es canjeados y cambiados por reforzadores primarios relevantes para el individuo (Cooper et al., 2019).

Los componentes de todo programa de economía de fichas consideran lo siguiente:

- Listado de comportamientos específicos y bien delimitados que se pretenden modificar; por ejemplo, la permanencia de estar sentado, cumplimiento de responsabilidades caseras sin llanto, etc. (Miltenberger, 2020).
- Indicación explícita del número de fichas a obtener por día o por cada tipo de comportamiento realizado (Miltenberger, 2020).
- Reforzadores concretos por lo que se puedan intercambiar las fichas, puntuación o stickers entregados, se procura la existencia de una amplia gama de ellos y que sean de distintas intensidades; por ejemplo, ver televisión, salir a salones de juegos, bañarse con un muñeco, comer helados, comer pollo a la brasa, etc. (Miltenberger, 2020).

- Indicación a detalle, totalmente esclarecido y operacionalizado de las reglas que controlarán el programa, incluyendo la especificación de cuándo se van a entregar las fichas, en qué condiciones y cómo u cuándo se intercambiarán por reforzadores (Miltenberger, 2020).

Las investigaciones que han corroborado su eficacia y coste sugieren que, al ser este un ambiente totalmente arbitrario y sujeto a condiciones de control parental, el programa debe ser instaurado con contingencias que permitan la entrega e intercambio rápidos de reforzadores, para luego ir creciendo la demora y dificultad de esta. De la misma manera, se sugiere que el retiro de este debe ser paulatino, de modo que no sea un cambio brusco, haciendo una asociación de los reforzadores arbitrarios (fichas) con el reforzamiento social de los padres, progenitores o cuidadores. No considerar estas últimas sugerencias, solo generará que el comportamiento esperado se logre, pero se desvanezca cuando el programa termine (Cooper et al., 2019).

### ***Técnicas de afrontamiento***

Estrategias cognitivas y conductuales llevadas a cabo para el afrontamiento a eventos altamente estresantes o demandan alto grado de energía y atención, los cuales exceden recursos. Existen distintas estrategias relacionadas a la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, la búsqueda del apoyo social, expresión emocional y estrategias de distracción (Tolin, 2024). Respecto a la primera, la resolución de problemas son una serie de estrategias cognitivas y conductuales relacionadas y enfocadas a la solución de eventos que están generando emociones

problemáticas y están bajo control del individuo para atenuarlo o resolverlo (Dobson & Dozois, 2019). Los pasos para su realización son los siguientes:

- Determinar y reconocer el problema a solucionar, los implicados, sus consecuencias y por qué representa ser un problema (Kennard et al., 2017).
- Considerar y realizar un tacto de la emoción para determinar su justificación, si esta es adecuada y si es funcional actuar en función a ella (Kennard et al., 2017).
- Describir los hechos, sin juicios y sin aspectos valorativos, para encontrar las posibles causas de su origen y cómo abordarlo (Kennard et al., 2017).
- Realizar una lluvia de ideas que pueda gestionar todas las variables relevantes previamente enumeradas y analizadas (Kennard et al., 2017).
- Imaginar qué resultados podría darse si se actúa en función de una determinada solución, enumerar pros y contras, evaluar su factibilidad y su efecto (Kennard et al., 2017).
- Reducir posibilidades de acción y elegir la que mejor se pueda ajustar a la situación y a lo que se busca; por ejemplo, mantener la relación, terminar una relación, priorizar el autorrespeto, etc. (Kennard et al., 2017).

Esta serie de pasos puede ser complementada por otras técnicas como la reestructuración cognitiva, búsqueda del apoyo social, expresión emocional o estrategias distracción. Las dos primeras complementan el esquema previo en situaciones donde la situación no parece ser muy clara o hay una percepción muy sesgada de lo que podría ser; por lo tanto, hacer un moldeamiento verbal de lo que

se considera un problema es lo más adecuado para llegar a plantear una situación problema esclarecida y fuera de sesgos. Por su parte, el apoyo social se redirecciona a estrategias enfocadas en conseguir ayuda o apoyo por parte de familiares o amistades para establecer las estrategias de acción (Makriyianis et al., 2019). La expresión emocional puede ser una vía cuando la emoción se justifica por la situación y si es posible lidiar o gestionar la consecuencias de actuar en base a la emoción; por ejemplo, reclamar alzando la voz que se le está faltando el respeto o no está siendo adecuado lo que se dice (Fernández-Martínez et al., 2020). Finalmente, las estrategias de distracción son actividades que suelen ser usadas cuando la situación problemática ocurre, pero el individuo no tiene control sobre ello o es muy peligroso actuar en contra de ello o gestionarlo. Suele ser una opción muy poco a usar por su facilidad a generar evitación en distintas situaciones; no obstante, ante situaciones estratégicas o cuando el sujeto se encuentra vulnerable biológicamente, así como también, emocionalmente, suele ser efectiva para tolerar el malestar (Vally & Ahmed, 2020).

### ***Técnicas de relajación***

Son estrategias destinadas a la reducción del estrés y la reacción fisiológica propia de problemas como la ansiedad y todo su espectro. Dentro de ellas, tenemos la respiración profunda, relajación muscular progresiva, visualización guiada y mindfulness (Hazlett-Stevens & Fruzzetti, 2021). Son una de las técnicas más utilizadas y eje principal en la desensibilización sistemática al ser procedimientos con una aplicabilidad amplia en distintos problemas psicológicos. El objetivo de las

técnicas de relajación son el decremento de la actividad fisiológica, recuperación de la calma, equilibrio mental y sensación de paz corporal. Existen muchas maneras de llevar a cabo esta práctica y distintos modelos, el más usado fue dado a conocer por Jacobson (1939); sin embargo, una de las más usadas y de eficacia comprobada son las estrategias dadas por Dobson & Dozois (2019).

En general, el objetivo del entrenamiento en Relajación Progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión, a su vez la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor y la respuesta de relajación subsiguiente, y a abundar en ella. En la fase de distensión no se debe de realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión. Como se ha indicado, la ejecución consiste en tensar y destensar inicialmente 16 grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación (Dobson & Dozois, 2019). A continuación, se presentan algunas indicaciones acerca de cómo lograr la tensión en cada grupo muscular:

**Tabla 3***Grupos musculares y relajación progresiva*

<b>Grupo muscular</b>	<b>Acción tensante/relajante</b>
Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño
Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sofá
Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño
Brazo dominante	Apretar el codo
Frente	Levantar cejas con ojos cerrados
Ojos y nariz	Apretar párpados y arrugar nariz
Boca	Apretar mandíbulas, empujar lengua en paladar
Cuello y garganta	Empujar barbilla contra el pecho
Pechos, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda con intención de unir omóplatos.
Región abdominal o estomacal	Poner el estómago duro y tenso.
Muslo dominante	Apretar muslo con el sillón.
Pie dominante	Doblar los dedos hacia arriba.
Muslo dominante	Doblar los dedos hacia dentro.
Muslo no dominante	Apretar muslo con el sillón.
Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos hacia arriba.
Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro.

*Nota.* Adaptado de Hazlett-Stevens & Fruzzetti (2021)

Llevar a cabo esta serie de herramientas exige tener en consideración una serie de específicas indicaciones para garantizar su efectividad, cómo el seguir el orden de la secuencia en todas las ocasiones, abordar todos los grupos musculares, el tiempo de duración de la tensión deber de valores que oscilen entre 1 a 4 segundos aproximadamente, posterior a ello, se relaja el grupo muscular durante 15 segundos y se procede con el siguiente, se recomienda imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, su forma, especialmente cuando el músculo está relajado, y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo

y finalmente, una vez que han relajado todos los músculos, es aconsejable hacer un repaso mental de ello, comenzando por el final y finiquitar en el inicio de la secuencia. Se facilita así la autoexploración de las partes que no se haya logrado relajar convenientemente. (Fernandez et al., 2021).

### ***Juego libre***

Estrategia lúdica esencial para el tratamiento de consultantes pediátricos. Se caracteriza por ser iniciado y dirigido por el niño, sin intervención alguna, sin reglas y totalmente imaginativo y creativo. Es una forma de evaluación de los patrones cognitivos y conductuales, asimismo, ofrecería un reflejo de cómo son sus interacciones en determinados contextos (Kennard et al., 2017). Dentro de la TCC, también, se usa como una estrategia para romper la resistencia en niños retraídos, con dificultades de interacción personal o víctimas de abuso, con probable presencia de TEPT. Esta herramienta, de manera espontánea con títeres, pelotas, pintando, dibujando o usando distintos estímulos, permite la apertura, creación de la relación terapéutica y una perspectiva reforzante del terapeuta en el niño. En general, dentro de la TCC, se visiona al juego libre como una apertura e invitación a la terapia de una manera reforzante y con miras a una evaluación interpersonal y de posibles problemas en relación con otros eventos relevantes en la vida del infante. (Caballo, 1993; Caballo et al., 2014). Esta modalidad de juego requiere de ambiente amplio, con oportunidades de acceso a distintos estímulos, de manera que sea el niño quien elija y dirija la actividad. Ello permitirá la generación de operantes libres, los cuales aportan información al asesor (Caballo et al., 2014; Contini et al., 2021).

## **ANTECEDENTES**

### ***Nacionales***

Mateo Suárez (2022) en Lima, efectuó una investigación con la finalidad de disminuir la sintomatología ansiosa en un paciente con diagnóstico de cáncer. Empleó un diseño de caso único con evaluación pre y post intervención. La muestra consistió en un paciente varón en el que se realizó una intervención cognitivo-conductual de 10 sesiones semanales de 60 minutos cada una. Para la evaluación se utilizaron el Inventario Clínico de Personalidad Millon II, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAEPO). Encontró una reducción significativa de la sintomatología ansiosa, dado que el paciente logró identificar y modificar pensamientos distorsionados, incrementar sus habilidades de resolución de problemas y mejorar su adherencia al tratamiento médico. Concluyó que la intervención cognitivo-conductual fue efectiva para reducir la ansiedad y mejorar la adaptación a la enfermedad en este paciente oncológico.

Así mismo, Fernández Jara (2022) en Lima, presentó como un estudio cuya finalidad fue disminuir la sintomatología de estrés postraumático en una niña de 10 años mediante la aplicación de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Este fue un estudio aplicado, con diseño experimental de caso único. A la paciente se la evaluó mediante la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD), además de entrevistas conductuales, autorregistros y análisis funcional antes y después de la intervención. El programa incluyó técnicas como psicoeducación, relajación de Koeppen, autoinstrucciones, asertividad, solución de problemas y reestructuración cognitiva. Efectuó 13 sesiones de 60 minutos cada 15

o 30 días. Encontró una disminución significativa en los síntomas de estrés postraumático, con una reducción en el puntaje PTSD de 41 en el pre-test a 17 en el post-test. Concluyó que la TCC fue efectiva para reducir los síntomas de estrés postraumático en la paciente.

Paralelamente, Curioso Escobar (2021) en Lima, efectuó una investigación para implementar una intervención cognitiva conductual en una paciente con trastorno de estrés postraumático. Fue una investigación mixta de diseño observacional de caso único, de carácter terapéutico y de intervención, centrándose en la descripción del trastorno clínico y la evaluación de los efectos del tratamiento. La muestra consistió en una paciente femenina de 16 años diagnosticada con trastorno de estrés postraumático. Empleó una evaluación inicial, seguida de 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual, aplicadas una vez por semana, en las que se aplicó la psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva y exposición imaginaria. Encontró que la depresión mediada por el inventario de depresión de Beck disminuyó posterior al tratamiento (Pre: 24 puntos, Post: 8 puntos), además, de acuerdo con el cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo también se encontró una mejoría de A-E moderado a A-E normal y de A-R severo a A-R normal. Asimismo, se evidenciaron cambios a nivel personal, familiar, social y académico. Se concluyó que la terapia cognitivo-conductual fue efectiva para ayudar a la paciente a procesar el trauma y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Por su lado, Manay Cuentas y Soto Retto (2022) en Lima, efectuaron un estudio con el propósito de establecer la correlación entre el funcionamiento familiar y el crecimiento postraumático en cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos. Fue un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y correlacional, en la cual llegaron a evaluar a 253 cuidadores, mediante la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y el Inventario de Crecimiento Postraumático. Evidenciaron en sus hallazgos una correlación positiva muy alta entre la cohesión familiar y el crecimiento postraumático ( $r = 0.943$ ,  $p < 0.001$ ), y una correlación negativa baja entre la adaptabilidad familiar y el crecimiento postraumático ( $r = -0.351$ ,  $p < 0.001$ ). Adicionalmente, encontraron que el 54.1% de las familias fueron categorizadas como semi-funcionales. En cuanto a la cohesión, el 40.7% eran familias amalgamadas y el 26.5% conectadas. Respecto a la adaptabilidad, el 55.7% eran familias rígidas. Concluyeron la existencia de una relación significativa entre las variables, por ello destacan la importancia de considerar la estructura familiar en el abordaje psicológico de estas familias.

Finalmente, Gómez Gonzales (2020) en Lima, presentó como finalidad establecer la relación entre el estrés postraumático y la depresión en familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer. Fue un estudio correlacional-descriptivo, con diseño no experimental. Evaluó a 20 padres de familia de pacientes con cáncer, para ello, empleó la Escala de Trauma de Davidson y el Inventario de Depresión de Beck-II. Determinó una correlación significativa entre las dos variables ( $p = 0.047$ ), además encontró que el 40% de los familiares presentaron un alto estrés

postraumático, el 90% presentó una alta recurrencia de síntomas, y el 45% evidenció una gravedad alta. También encontró una depresión moderada en el 85%. Llegó a la conclusión de que existe una relación significativa entre el estrés postraumático y la depresión en los familiares de pacientes con cáncer.

### ***Internacionales***

Peng et al. (2024) en China presentaron un estudio con la finalidad de analizar la prevalencia y los factores de riesgo de los síntomas de estrés postraumático (PTSS) en niños hospitalizados con cáncer y sus padres, así como explorar la correlación de PTSS entre padres e hijos. Fue un estudio transversal en que utilizó una muestra de 203 familias con niños hospitalizados con cáncer, siendo evaluados por el Índice de Reacción de Trastorno de Estrés Postraumático y la versión china de la Escala de Impacto de Eventos-Revisada (IES-R). Los resultados mostraron que el 77.3% de los padres y el 7.9% de los niños experimentaron PTSS. Los factores de riesgo para el PTSS parental incluyeron un tiempo desde el diagnóstico menor a 3 meses ( $\beta=-0.063$ ,  $P<0.001$ ), buscar activamente ayuda financiera ( $\beta=-0.190$ ,  $P=0.031$ ), niños que viven en áreas rurales ( $\beta=0.166$ ,  $P=0.023$ ) y tener una hija con cáncer ( $\beta=0.135$ ,  $P=0.040$ ). Para los niños, los factores de riesgo fueron las etapas tempranas del diagnóstico ( $\beta=0.118$ ,  $P=0.017$ ), la recurrencia ( $\beta=0.140$ ,  $P=0.042$ ) y un bajo ingreso mensual del hogar ( $\beta=-0.283$ ,  $P=0.003$ ). No se encontró una correlación significativa entre el PTSS de los padres y el de los niños ( $r=-0.06$ ,  $P>0.05$ ). Concluyeron que los niños hospitalizados con cáncer tenían una baja prevalencia de PTSS, mientras que la prevalencia de PTSS en sus padres era alta.

Al-Saadi et al. (2024) en Omán ejecutaron una investigación para evaluar la prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños y adolescentes omaníes diagnosticados con cáncer. Fue un estudio prospectivo y transversal que incluyó 92 participantes de 6 a 18 años. Se utilizaron versiones en árabe de las escalas SCARED, CES-DC e IES-R para evaluar los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT, respectivamente. Encontraron que los puntajes promedio de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente entre T1 y T2 ( $p=0.043$  y  $p=0.001$ , respectivamente). Además, se encontró correlaciones significativas entre los puntajes de ansiedad y la edad del niño y el puntaje de TEPT ( $p<0.05$ ) en ambos momentos. Concluyeron que los niños y adolescentes omaníes recientemente diagnosticados con cáncer exhiben una alta prevalencia de ansiedad, depresión y TEPT a lo largo del tiempo.

Adicionalmente, Koutná et al. (2022) en República Checa realizaron un estudio con la finalidad de analizar las relaciones entre el estrés postraumático (PTSS), el crecimiento postraumático (PTG) y la calidad de vida (QOL) en supervivientes de cáncer infantil. Se trató de un estudio transversal con una muestra de 172 supervivientes que completaron cuestionarios sobre calidad de vida, estrés y crecimiento postraumáticos. Encontraron que el 6.2% de los supervivientes reportaron niveles clínicamente significativos de PTSS. Se encontraron correlaciones negativas significativas entre PTSS y todas las dimensiones de QOL en ambos grupos de edad ( $p<0.01$ ). Para PTG, solo se encontraron correlaciones positivas significativas con algunas dimensiones de QOL en el grupo de

adolescentes ( $p < 0.05$ ). Concluyeron que la relación entre PTSS y QOL es más pronunciada que la relación entre PTG y QOL en supervivientes de cáncer infantil.

Koutná et al. (2021) en República Checa, efectuaron una investigación con el propósito de contribuir a la clarificación de los síntomas de estrés postraumático (PTSS) y el crecimiento postraumático (PTG) en sobrevivientes de cáncer infantil, teniendo en cuenta la posibilidad de una relación no lineal y utilizando un enfoque clínico para analizar el PTSS. Fue una investigación cuantitativa, en la cual los sobrevivientes de cáncer infantil ( $n = 167$ ) de 11 a 27 años completaron mediciones de estrés postraumático (UCLA\_PTSD) y crecimiento postraumático (BFSC). En los resultados no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de PTG entre los tres grupos de gravedad de PTSS y no hubo correlación significativa de PTG con la puntuación general de PTSS y sus grupos (reexperimentación, evitación y aumento de la excitación). El PTG se asoció positivamente con el miedo a la recurrencia del cáncer. Concluyeron que no se encontró una la relación directa de PTG y PTSS.

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

### CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

#### *Descripción general de la problemática*

El cáncer presentado en la población infantil (0 a 14 años), representa una de las principales causas de mortalidad en la niñez y la adolescencia. La OMS en el 2021, refirió que un promedio de 400 000 niños entre los 0 y 19 años padece de un diagnóstico oncológico. Dentro de los tipos de cáncer infantil más comunes podemos encontrar la leucemia, los tumores cerebrales, los linfomas y tumores sólidos como el neuroblastoma y los tumores de Wilms. (OMS, 2021)

En América Latina y el Caribe, aproximadamente un tercio de los niños con cáncer fallece debido a factores como acceso limitado al tratamiento, diagnóstico tardío, desnutrición y toxicidades inducidas por medicamentos. Los niños de países de ingresos bajos y medianos enfrentan desafíos adicionales, como la desnutrición, que afecta su capacidad para tolerar tratamientos intensivos, esto significando una tasa de supervivencia del 30% a comparación de un 80% en países de altos ingresos. La OMS lanzó la Iniciativa Global para el Cáncer Infantil para mejorar las tasas de curación mediante un mejor acceso y calidad de atención médica, priorizando la investigación e innovación en cáncer infantil (Cancela et al., 2024).

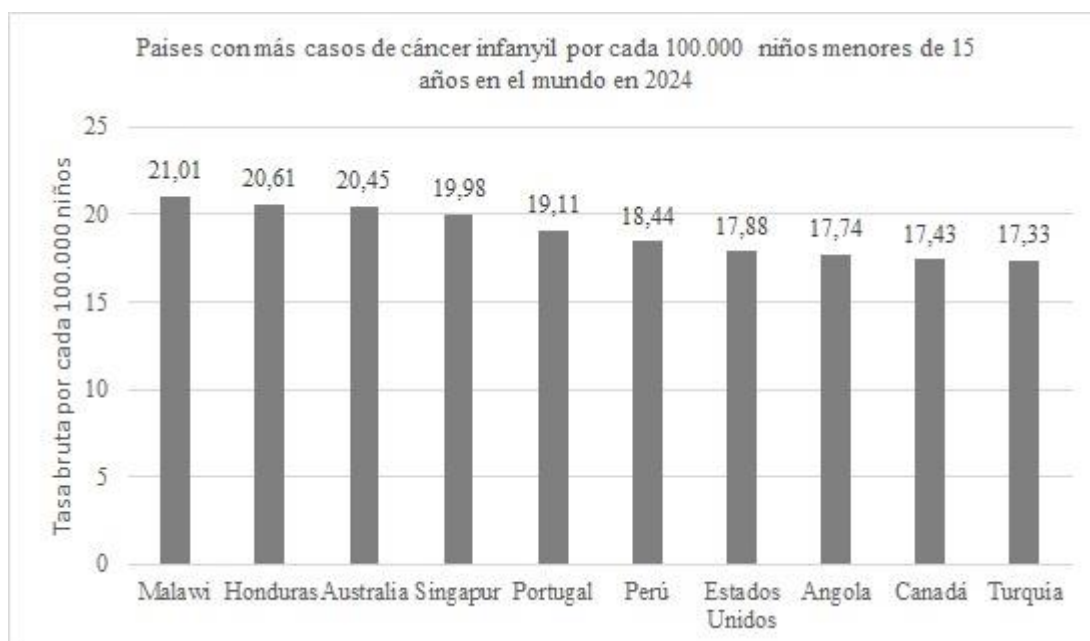
Los avances en oncología pediátrica han mejorado significativamente las tasas de curación y supervivencia, pero lamentablemente no todos los niños y adolescentes con cáncer logran vencer la enfermedad. En Estados Unidos y Portugal, las neoplasias siguen siendo una causa importante de mortalidad infantil. Cuando la curación ya no es posible, el enfoque cambia hacia los cuidados

paliativos pediátricos, que buscan proporcionar atención integral al paciente y su familia, abordando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales desde el diagnóstico hasta el fallecimiento (Caires et al., 2024).

Según un estudio publicado por Fernandez en el 2024, se estima que el Perú es el sexto país con mayor incidencia de casos de cáncer infantil, ya que, según las últimas estimaciones de la OMS, se detectaron 18.44 nuevos casos de cáncer en menores de 15 años por cada 100.000 habitantes de ese grupo de edad. Estos resultados podemos observarlos en la siguiente figura:

**Figura 2**

*Países con más casos de cáncer infantil*



*Nota.* Adaptado de Statista, 2024

El Registro de Cáncer de Lima Metropolitana revela que, en niños de 0 a 14 años, la incidencia de cáncer es de 15.3 por 100,000 habitantes, con una mortalidad de 5.5 por 100,000. La sobrevivencia global a 5 años para todos los tipos de cáncer infantil se sitúa en 57.85%. Las neoplasias infantiles generan una alta carga de

enfermedad, resultando en una significativa pérdida de años de vida saludables (AVP) y años con discapacidad. Entre las patologías que causan muerte prematura, las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar (AVP: 93.2%), seguidas por los tumores malignos (AVP: 90.6%). En Perú, el cáncer se posiciona como la tercera causa de pérdida de años saludables en niños de 5 a 14 años (Ministerio de Salud, 2020).

A su vez, la prevalencia de trastornos mentales en pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer es cada vez más preocupante. Rodríguez et al. (s. f.) en una investigación realizada en el 2009, señaló que el 65% de la población estudiada presenta trastornos psiquiátricos, el 46 % de los cuales se observa que tienen trastorno adaptativo, el 42 % episodios depresivos y un 12 % trastorno de ansiedad generalizada, que en su mayoría incluye manifestaciones depresivas con ansiedad, irritabilidad, preocupación excesiva y rabia.

Por otro lado, un estudio publicado en la Revista de psicología pediátrica destacó que prácticamente el 75% de los niños diagnosticados de cáncer sufrían síntomas de TEPT durante el tratamiento o bien después de terminarlo. Dichos síntomas incluyen pesadillas, flashbacks, la sensación de aislamiento, la dificultad para poder generar emociones y un afán de evitar tanto personas como lugares o cosas relacionadas con la experiencia con el cáncer. (Kerchner, s. f.)

De tal manera, tomando en cuenta todos los datos expuestos, resulta clave el poder intervenir de manera multidisciplinaria los casos de cáncer infantil, de manera que se pueda evitar el desarrollo del trastorno del estrés postraumático y se pueda tratar de una manera integral al paciente y buscar su bienestar total.

### ***Importancia de desarrollar el tema***

El presente trabajo de suficiencia profesional se centra en la necesidad de gestionar el impacto emocional que pueden pasar los niños diagnosticados con enfermedades oncológicas y que desarrollan un trastorno de estrés postraumático debido a los procedimientos médicos que la enfermedad requiere.

Es pertinente destacar que, en los diversos contextos hospitalarios, y más en el ámbito de la oncología pediátrica, es habitual encontrar niños que, debido a la larga e invasiva naturaleza de los tratamientos, desencadenan diversos trastornos adaptativos, ansiosos y en especial trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, tal como el trastorno de estrés postraumático, manifestándose a través de sintomatología ansiosa y conductas desadaptativas (Barroso-Fontanals et al., 2024). Esto afecta no solo a su bienestar emocional, sino también a su adherencia al tratamiento y a sus relaciones con el personal de salud y con sus cuidadores. La importancia de trabajar este tema reside en ofrecer un punto de partida para que se elaboren estrategias de intervención psicológica que mejoren la adaptación del niño y su familia al contexto médico, que pueda determinar su vivencia de la experiencia como menos traumática y que tenga una mejor adherencia al tratamiento.

Ahora bien, se sabe que a pesar de que el estrés postraumático ha sido ampliamente estudiado en poblaciones expuestas a desastres naturales, guerras o incluso violencia sexual; el abordaje del tratamiento del trastorno de estrés postraumático en pacientes oncológicos pediátricos presenta un muy poco desarrollo tanto en la literatura nacional como internacional. Por lo que, la justificación teórica de este trabajo recae en abordar el vacío de información que existe sobre ambas variables, de manera que nos ayuden a comprender cómo el

trastorno de estrés postraumático se manifiesta en los niños con cáncer y, en base a ello, poder generar intervenciones psicológicas efectivas que ayuden en la adaptación y adherencia al tratamiento.

En cuanto a la relevancia práctica, la implementación de esta intervención psicológica mejora la adherencia al tratamiento oncológico al disminuir la ansiedad y la resistencia del paciente pediátrico frente a procedimientos médicos invasivos, lo que simplifica su cumplimiento efectivo y eficaz. El tratar los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y prevenir su desarrollo, requiere de la cooperación entre el equipo médico, el niño y su familia, lo que acelera procedimientos como las quimioterapias o las intervenciones quirúrgicas. Además, al incorporar estrategias de manejo adaptativas, se reduce la probabilidad de presentar complicaciones psicosomáticas y se fomenta una recuperación más integral. Esta perspectiva no solo humaniza el cuidado hospitalario, sino que también disminuye la carga emocional del personal de salud al minimizar situaciones de crisis o rechazo al tratamiento.

De igual manera, a nivel social, esta intervención nos permite visibilizar la importancia de la salud mental en contextos oncológicos pediátricos incidiendo en la necesidad de un trabajo interdisciplinario y del abordaje psicológico temprano. Esto ayudará a disminuir el impacto emocional tanto de los pacientes como de sus cuidadores y a potenciar sus habilidades de afrontamiento. Asimismo, el poder generar protocolos de atención preventiva replicables en los diversos sectores de salud, permitirá reducir la brecha en el acceso a servicios psicológicos especializados, lo que deriva en menores costos para el sistema de salud al disminuir los abandonos terapéuticos y mejorar la adherencia al tratamiento.

## INTERVENCIÓN

### *Descripción del problema a tratar*

En noviembre de 2022, el departamento de Oncología Pediátrica derivó al servicio de Salud Mental a un paciente varón de 5 años, a quien, por motivos de confidencialidad, llamaremos "David". El niño, originario de Lima Metropolitana, presenta un diagnóstico de ependimoma de alto grado en la fosa posterior, clasificado como grado 3.

**Motivo de consulta.** El paciente es derivado debido a que presenta labilidad emocional y conductas violentas hacia el personal de salud, sobre todo durante procedimientos médicos como la radioterapia. Asimismo, la madre refiere que, en casa, David presenta recuerdos constantes de la hospitalización, dificultades para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad, labilidad emocional, conductas violentas hacia su hermana y madre, conductas regresivas y pérdida de la autonomía.

**Antecedentes.** David es el segundo hijo de su familia, vive con su madre, su hermana mayor y su abuelo materno. Sus padres son separados, y mantiene contacto con su padre los fines de semana. La madre trabaja en una empresa como costurera, el padre es vendedor en Gamarra y la hermana mayor está cursando sus estudios universitarios, sin embargo, debido al diagnóstico del paciente, la madre y la hermana decidieron abandonar sus oficios para dedicarse exclusivamente al cuidado de David.

La madre manifiesta que la gestación duró 40 semanas, y David nació por parto natural, sin complicación alguna. La madre refiere que cumplió con los hitos

de desarrollo acorde a su edad cronológica. La lactancia se prolongó hasta los 3 años, y tuvo un destete complicado.

A los 4 años David inicia sus estudios preescolares, en donde se adaptó con facilidad, madre refiere que se llevaba bien con sus compañeros, seguía las indicaciones de las maestras y logró las competencias esperadas para su edad. A los 5 años y 10 meses, David comienza a mostrar síntomas como cefaleas constantes y vómitos, por lo que suspende su escolaridad.

En agosto del 2022, David manifiesta vómitos, mareos y dolores de cabeza, por lo que la madre acude al instituto y en octubre del mismo año, es diagnosticado con ependimoma de alto grado de la fosa posterior. Una vez diagnosticado, los médicos proponen un plan de tratamiento que consiste en una cirugía y sesiones de radioterapia. La cirugía ocurrió sin complicaciones y David pasó a estar 3 semanas en la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde permaneció parcialmente sedado. Durante el tiempo de internamiento, las visitas de la madre fueron restringidas. Por su lado, David relata que aquella fue una experiencia negativa, pues manifiesta “me tenían amarrado de los bracitos y no me dejaban ver a mi mamá”, “tenía mucha sed y yo pedía agua y las enfermeras no me querían dar”.

Tras el alta hospitalaria, David comenzó a presentar conductas regresivas en casa, tales como buscar tocar el pecho de su madre y uso de balbuceos, dificultades para conciliar y mantener el sueño, pesadillas, pérdida de la autonomía específicamente en conductas de autocuidado como el vestirse, ordenar su cuarto, comer solo, labilidad emocional e irritabilidad y frustración en el juego.

Así mismo, en el ambiente hospitalario, David presenta conductas desadaptativas ante las consultas y/o procedimientos, tales como llanto, rabietas,

gritos y conductas agresivas cómo mordidas, pellizcos o arañones al personal de salud o a sus familiares. David comenta lo siguiente: “no quiero venir aquí porque mi mamá me va a dejar de nuevo y los doctores me hacen doler”.

Debido a la persistencia e intensidad de las conductas presentadas tanto en casa cómo en el instituto, David fue derivado a psiquiatría, en donde le recetaron Risperidona. El tratamiento psicofarmacológico constaba de media pastilla por las noches y por el día condicional a si hacía “crisis”, sin embargo, la madre solo le dio la dosis nocturna. El tratamiento duró un mes, no obstante, la madre refiere que estos no causaron un mayor efecto, debido a que David seguía llorando incontrolablemente al ir a dormir agotándose lentamente hasta finalmente conciliar el sueño y mantuvo las conductas desadaptativas.

**Observación de conducta.** David es un niño de contextura delgada y estatura promedio acorde a su edad cronológica. Asiste a la consulta ordenado y aseado, con vestimenta de acuerdo con la estación. En un inicio se muestra temeroso frente al ambiente, parándose detrás de las piernas de su mamá y evitando el contacto visual con los presentes, sin embargo, tras establecer el rapport y mostrarle la oficina, se pone a jugar con los juguetes sobre la mesa e incita al juego con los demás. En cuanto al área cognitiva, David se encuentra lúcido, ubicado en tiempo, espacio y persona, y se evidencia un pensamiento concreto/funcional. En el área emocional el paciente se muestra emocionalmente estable durante el abordaje. Al explorar, refiere sentirse tranquilo. Incita al juego y responde a las preguntas abiertamente. Al preguntarle sobre su enfermedad, David muestra cierto conocimiento, acorde a su edad, ya que refiere que tuvo un “bultito” en su cabeza y que se lo sacaron con la cirugía por lo que tuvo que estar internado en un lugar

que “no le gustaba”, pero “es para que ya no me duela la cabeza ni vomite”. Con respecto a las preguntas sobre él y su familia, se mostró abierto y juguetón, al hacer referencias graciosas sobre sus familiares.

### **Formulación del caso y presunción diagnóstica**

El paciente presenta sintomatología ansiosa con respuestas de evitación/escape, así como también conductas desadaptativas, como llanto, rabietas, gritos y conductas agresivas como mordidas, pellizcos o arañones al personal de salud o a sus familiares, balbuceos, dificultades para conciliar y mantener el sueño, pesadillas, pérdida de la autonomía específicamente en conductas de autocuidado como el vestirse, ordenar su cuarto, comer solo, labilidad emocional e irritabilidad y frustración en el juego; que a su vez se representan en emociones como miedo, irritabilidad, tristeza, necesidad de atención y dependencia emocional.

Con el fin de definir cualitativa y cuantitativamente los síntomas del paciente, se aplicaron 2 pruebas psicométricas que evalúan la sintomatología ansiosa, a falta de un test que evalúe el trastorno de estrés postraumático, y una prueba proyectiva que nos permite observar la dinámica familiar de David.

Para la prueba proyectiva, se realizó el **test de la familia**, que tras su análisis se encontró lo siguiente: todos los dibujos son de tamaños similares excepto el de él, su hermana y sus primas, quienes son más pequeñas. Así mismo, carece de simetría, lo que se asocia a vivencias traumáticas, eventos personales de difícil asimilación; así como a situaciones sintomáticas que expresan conflictos subyacentes elaborados. Su trazo es débil, lo que indica la presencia de ansiedades

intensas que pudieran generar un retraimiento, inhibición, disminuida socialización, algunas otras veces a estados depresivos y/o fóbicos.

En cuanto al uso del espacio, el paciente utiliza toda la hoja para reflejar su dibujo, sin embargo, los personajes, en su mayoría, se encuentran ubicados en la sección media/inferior por lo que indica un ajuste a la realidad, sin embargo, se relaciona también con una realidad aplastante sobre cargada de peligro, impedimento y frustración.

Además, carece de síntesis, lo que se hipotetiza como personas que comienzan actividades y no las terminan, desatención y descuido. No se observa rivalidad fraterna ni edípica. En cuanto a las preguntas realizadas a partir del dibujo, cabe resaltar que él se autopercibe cómo el que se porta mal y percibe que su madre es la menos feliz de toda su familia.

Paralelamente, se aplicaron 2 instrumentos psicométricos, de manera que se evidencie la sintomatología manifestada por el paciente. En la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad, David obtuvo una puntuación de 30, lo que refleja un nivel muy marcado de ansiedad, la cual se manifestaba a través de conductas desadaptativas. Mientras que, en el Cuestionario de Ansiedad Infantil, el paciente obtuvo una puntuación de 17, lo que lo ubica en el centil 99%, reflejando un nivel extremadamente alto de ansiedad.

Con el fin de establecer una presunción diagnóstica más acertada, se realizó un diagnóstico diferencial con el equipo de psiquiatría de la unidad, considerando todos los posibles diagnósticos que cumplen con criterios anteriormente descritos, quedando como posibles diagnósticos el TEPT, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de conducta, el trastorno de ansiedad por separación, el

trastorno depresivo mayor y el trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto. Los cuales se discutirán en la siguiente tabla.

**Tabla 4**

*Diagnóstico diferencial de TEPT*

<b>Trastorno</b>	<b>Similitudes con TEPT</b>	<b>Diferencias con TEPT</b>	<b>Conclusión diagnóstica</b>
<b>TEPT</b>	Pesadillas, evitación, irritabilidad, regresión, miedo, conducta agresiva, afecto negativo, percepción distorsionada de sí mismo, relación con experiencia traumática (cáncer/hospitalización).	—	Diagnóstico primario. Los síntomas están directamente asociados a un evento traumático; cumple criterios de DSM-5 para TEPT infantil.
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)</b>	Alta ansiedad (centil 99%), inquietud, dificultades para dormir, dependencia emocional.	No se presentan recuerdos intrusivos ni conductas de reexperimentación del trauma. Tampoco hay regresión ni trauma claro como origen.	La ansiedad parece ser secundaria al trauma, no generalizada. Se descarta como diagnóstico principal.
<b>Trastorno de Conducta</b>	Agresividad (mordidas, arañazos), rabieta, oposición.	El comportamiento agresivo está contextualizado como respuesta al trauma; no es un patrón persistente de violación de normas ni hostilidad deliberada.	Se descarta como diagnóstico primario; síntomas conductuales son reactivos.
<b>dTrastorno de Ansiedad por Separación</b>	Dependencia emocional, miedo, necesidad de atención, alteraciones del sueño.	No explica conductas regresivas, agresividad ni síntomas de reexperimentación. Ausencia de foco principal en separación parental.	Pueden coexistir síntomas, pero no cumple criterios diagnósticos plenos.
<b>Trastorno Depresivo Mayor (Infancia)</b>	Tristeza, retraimiento, visión negativa de sí mismo y su entorno, baja motivación.	Los síntomas depresivos parecen reactivos al trauma. Falta anhedonia, lentitud motora, ideación suicida.	Síntomas depresivos pueden ser comórbidos, pero no constituyen diagnóstico primario.

<b>Trastorno</b>	<b>Similitudes con TEPT</b>	<b>Diferencias con TEPT</b>	<b>Conclusión diagnóstica</b>
<b>Trastorno Adaptativo con estado de ánimo mixto (ansioso y depresivo)</b>	Labilidad emocional, ansiedad intensa, regresión, tristeza, dependencia, aparición posterior a un estresor identificable (diagnóstico de cáncer).	Síntomas cumplen criterios más amplios para TEPT, incluyendo reexperimentación, evitación y distorsiones cognitivas. En el trastorno adaptativo los síntomas son menos severos y no cumplen los criterios diagnósticos de otros trastornos.	Podría considerarse como diagnóstico diferencial leve si no se cumplieran todos los criterios de TEPT, pero en este caso, el TEPT prevalece.

*Nota:* Elaboración propia

Tras el análisis de los diferentes diagnósticos se puede destacar que el paciente no presenta sintomatología clínica compatible con un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), ni con un Trastorno de Ansiedad por Separación, los cuales son los trastornos más comunes con los que se podría confundir el TEPT en este caso, dado que, en ambas situaciones, las expresiones de ansiedad suelen ser constantes y dispersas (en el caso del TAG) o enfocadas únicamente en la figura de apego (en el caso de la ansiedad por separación). A pesar de que el paciente exhibe una dependencia emocional y una constante búsqueda de cariño materno, este comportamiento se percibe como una expresión secundaria a la experiencia traumática, más que como una fobia anticipatoria a la separación. Además, el surgimiento y persistencia de la sintomatología están estrechamente relacionados con una experiencia traumática específica: la hospitalización prolongada y el proceso de tratamiento oncológico, lo que constituye un criterio determinante.

En contraste con los trastornos ansiosos mencionados, en el TEPT se manifiestan comportamientos de evitación específicos (resistencia a entrar a los consultorios y procedimientos médicos), síntomas intrusivos (pesadillas,

afectividad desbordada), alteraciones cognitivas (manifestación de miedo, culpa y tristeza) y respuestas emocionales desmedidas como agresividad impulsiva, temor profundo y llanto constante. De igual manera, la persistencia constante de los síntomas, que han persistido por más de un mes, y su notable interferencia en el funcionamiento social, familiar y emocional del niño, fortalecen el diagnóstico de TEPT con manifestación en la infancia.

Es importante destacar que la marcada sintomatología ansiosa se ajusta con los criterios del TEPT infantil, dado que la ansiedad intensa puede formar parte del cuadro clínico al presentarse como una reacción fisiológica persistente ante recuerdos o estímulos asociados al trauma (Hagan, Teesson, & Sartor, 2022), y no como un trastorno separado.

En conclusión, en base a la sintomatología manifestada y las pruebas administradas, se concluye que esta corresponde a un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés, más específicamente al trastorno del estrés postraumático (F43.10), según el Manual de Criterios Diagnósticos (DSM-V).

Con el fin de respaldar esta presunción diagnóstica se realizó un check list en base a los criterios diagnósticos del manual y la sintomatología presentada por el paciente:

**Tabla 5**

*Presunción diagnóstica de TEPT*

<b>Criterios diagnósticos del DSM- 5</b>	<b>Sintomatología del paciente</b>	<b>Cumple</b>
Exposición a eventos de lesión grave, muerte o violencia sexual de manera directa o vía amenazas. Puede ser a través de la experiencia directa al evento, presencia como observador del evento y	David experimentó directamente una experiencia traumática al momento de la hospitalización, la cual representaba una amenaza real a su vida. Así mismo actualmente tiene una exposición continua a la experiencia traumática al estar	<input checked="" type="checkbox"/>

---

conocimiento de lo sucedido a uno de los progenitores, familiares o cuidadores. cursando por un tratamiento médico.

Presencia de uno o más síntomas intrusivos asociados al trauma y que comienzan posterior a este:

1. Recuerdos recurrentes e involuntarios
2. Pesadillas recurrentes donde el contenido está relacionado al trauma
3. Reacciones disociativas
4. Malestar psicológico intenso o prolongado
5. Reacciones fisiológicas intensas

1. David presenta recuerdos recurrentes de la hospitalización, tanto al estar en ambientes hospitalarios como en casa, manifestándolos directamente, por ejemplo, menciona: “me tenían amarrado y no me dejaban ver a mi mamá” y a través del juego (a un niño le dan miedo las agujas y lo obligan a ponérselas)

2. Evidencia dificultad para conciliar y mantener el sueño con pesadillas constantes sobre el estar solo en una cama de hospital, el querer hablar y no poder o el tener mucha sed y que nadie le de agua; estas pesadillas inciden en el sentimiento de abandono y el miedo a las instancias hospitalarias.

3. David muestra sintomatología ansiosa severa a través de conductas violentas y desadaptativas antes, durante y después de los procedimientos médicos. Estas conductas son manifestadas a través de pensamientos como “no quiero volver ahí, ahí me hacen doler” y conductas como pegar, arañar, gritar, morder y llorar



Presencia de síntomas evitativos persistentes y alteraciones cognitivas.

1. Evitación o esfuerzo para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos asociados al trauma.
2. Evitación a personas, lugares y conversaciones que despierta el suceso traumático.

David demuestra rechazo y aversión a las instalaciones hospitalarias, así como al personal médico, evidenciando mediante conductas evitativas y desadaptativas, como no querer despegarse de su mamá, gritar, morder o arañar al personal que lo quiere tocar o a cualquier personal del hospital y rehusarse a entrar a los consultorios médicos.



Alteraciones cognitivas cómo:

1. Aumento importante de estados emocionales negativos como miedo, culpa, tristeza y confusiones.
2. Disminución importante del interés o la participación en actividades, disminución del juego, disminución de las actividades sociales,
3. Comportamientos retraídos
4. Reducción persistente a la expresión de emociones positivas.

El paciente evidencia labilidad emocional significativa, con incidencia en emociones de miedo, tristeza y enojo; no obstante, al momento del juego responde de manera adecuada manifestando emociones cómo la alegría y curiosidad. Así mismo, en casa evita jugar con sus primas (con quienes solía jugar) y prefiere ver videos con su mamá a jugar con sus juguetes.



Alteración importante de alerta o reactividad asociada al trauma.

1. Comportamientos irritables y arrebatos de furia, agresión física, verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamientos imprudentes o autodestructivos
3. Hipervigilancia
4. Respuesta de sobresalto exagerada
5. Problemas de concentración
6. Alteraciones de sueño.

David evidencia claros comportamientos desadaptativos con manifestaciones violentas especialmente ante el personal de salud y sus familiares directos. Además, presenta problemas para conciliar y mantener el sueño, con pesadillas recurrentes.



Duración de los síntomas mencionados superiores a un mes.

David lleva cursando la sintomatología desde el momento de la hospitalización, es decir 3 meses



Sintomatología causa malestar clínicamente significativo o problemas en relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores en el hogar o escuela.

David manifiesta conductas desadaptativas y regresivas en el hogar, al evitar realizar tareas independientemente, tener un apego excesivo a la madre, presentar labilidad emocional y conductas violentas con los familiares.



La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia

Actualmente David no consume ningún fármaco psicotrópico, más que el tratamiento médico por el cáncer



---

*Nota:* Adaptado de DSM- V

Ante esto se percibieron 2 problemáticas a tratar a nivel conductual:

En primer lugar, se encuentran las ***conductas desadaptativas en el ambiente hospitalario, es decir, llorar, pegar, gritar, morder y arañar al personal de salud y/o a las familiares que lo acompañan.*** El cual se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 6**

*Análisis funcional de la conducta. Problema 1*

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>CONDUCTAS PROBLEMA</b>	<b>CONSECUENTES</b>
<p><b>Externos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constantes citas hospitalarias</li> <li>- Ausencia de la madre durante hospitalización y tratamientos.</li> </ul> <p><b>Internos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuerdos de trauma vivido (amarrado, con sed, sin su madre, no lo escuchaban, no jugaban con él)</li> </ul>	<p><i>llorar, pegar, gritar, morder y arañar al personal de salud y/o a las familiares que lo acompañan</i></p> <p><b>Cogniciones</b></p> <p>“Si vengo al hospital me van a separar de mi mamá”</p> <p>“No me van a dejar tomar agua y me van a amarrar”</p> <p>“Las enfermeras son malas, te gritan”</p> <p><b>Emociones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo</li> <li>- Inseguridad</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Tristeza</li> <li>- Desesperación</li> <li>- Intranquilidad</li> <li>- Frustración</li> <li>- Labilidad emocional</li> </ul> <p><b>Síntomas físicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio (mantener y conciliar)</li> </ul>	<p><b>Externos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de reforzadores externos</li> </ul> <p><b>Internos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lloro, grita, pega, muerde o araña al entrar a ambientes hospitalarios</li> <li>- Lloro, grita, pega, muerde o araña al entrar procedimientos médicos</li> <li>- Grita, pega, muerde o araña al entrar a personal médico</li> <li>- Insomnio</li> </ul>

---

- Dolores de cabeza

**Conductas**

- Crisis ansiosas y agresivas

---

*Nota.* Elaboración Propia

Y la segunda problemática son las *conductas desadaptativas en el entorno familiar, es decir, los balbuceos, pesadillas y pérdida de conductas de autocuidado como el asearse o comer solo en casa.* La cual será explicada en la siguiente tabla:

**Tabla 7**

*Análisis funcional de la conducta. Problema 2*

---

ANTECEDENTES	CONDUCTAS PROBLEMA	CONSECUENTES
<b>Externos:</b> - Separación de la madre durante hospitalización - Falta de consecuencias por parte de la familia	<b>Balbuceos, pesadillas y pérdida de conductas de autocuidado como el asearse o comer solo en casa</b>	<b>Externos:</b> - Visión del niño enfermo - Falta de límites saludables - Reforzadores negativos
<b>Internos:</b> - Recuerdos constantes de trauma - Ansiedad asociada a los procedimientos médicos - Apego dependiente	<b>Cogniciones</b> - “yo soy un niño bueno” - “no sé por qué me comporto así” <b>Emociones</b> - Miedo - Tristeza - Necesidad de atención - Dependencia emocional - Indefensión <b>Conductas</b>	<b>Internos:</b> - Tiene la atención de la familia, en especial la de la madre.

---

---

- Conductas regresivas

- Reacciones agresivas

---

*Nota.* Elaboración Propia

Tras el análisis funcional de esas dos problemáticas, se plantearon las siguientes hipótesis:

***Hipótesis de origen***

- Enfermedad y procedimiento quirúrgico produjo que el paciente tuviera que internarse en la Unidad de Cuidados Intensivos sin el acompañamiento de su madre durante un mes. Durante este periodo el niño refiere sentir dolor y sed y no ser atendido por el personal de salud. Esta experiencia fue percibida como un trauma, el cual provocó el rechazo total hacia el personal, procedimientos e incluso la instancia hospitalaria.
- El trauma generó sentimientos de inseguridad, miedo, tristeza y necesidad de apego a la madre, el cual se volvió disfuncional al salir de la hospitalización.
- No solo el paciente vivió el trauma, si no que la familia también, encontrando sentimientos de culpa en la madre y la hermana. Y se instaura un trastorno por estrés postraumático en el paciente.

***Hipótesis de mantenimiento***

- Las constantes citas en radioterapia y controles médicos reviven el trauma en el paciente por lo que sus emociones se manifiestan a través de crisis ansiosas y agresivas.
- Los sentimientos de culpa de las familiares generan que no haya consecuencia ante conductas desadaptativas por lo que estas se muestran tanto en el ambiente hospitalario como en el hogar.

### ***Contraste de hipótesis***

- Paciente evidencia recursos como la capacidad de insight que le permiten darse cuenta de que las conductas que está teniendo no son correctas y no van a lograr su objetivo.
- Con un trabajo focalizado al abordaje del trauma y cambio conductual, el paciente se adaptará de mejor manera a la situación y aprenderá a tolerar los procedimientos médicos.

### ***Objetivos de la intervención***

#### **Objetivo general**

Implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.

#### **Objetivos específicos**

- Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.
- Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.
- Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.
- Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.

- Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático.

### ***Indicadores de logro***

#### **Del paciente**

- Disminuye en un 40% el puntaje de la Lista de Chequeo conductual de la ansiedad infantil
- Disminuye en un 40% el puntaje de la Escala de Ansiedad Infantil (CAS)
- Disminuye en un 70% la frecuencia de pesadillas y flashbacks
- Acude a un 90% de las consultas clínicas tanto en oncología pediátrica como en psicología sin manifestar llantos, gritos ni conductas violentas al personal ni a sus familiares.
- Acude a un 75% de los procedimientos médicos de radioterapia sin manifestar llantos, gritos ni conductas violentas al personal ni a sus familiares.
- Identifica y nombra al menos 4 emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, enojo) en el 80% de las situaciones evaluadas.
- Expresa sus emociones verbalmente o mediante dibujos en el 60% de las sesiones
- Utiliza al menos 2 técnicas de autorregulación (como respiración profunda o las estrategias de la calma) en situaciones estresantes
- Utiliza al menos 2 autoinstrucciones antes de un procedimiento médico
- Incrementa en un 80% las conductas adaptativas en casa (seguir rutinas, interactuar con familiares).

### **De las familiares**

- Identifican y/o utilizan al menos 3 estrategias de refuerzo positivo en el hogar y en contextos hospitalarios.
- Identifican y/o utilizan al menos 2 técnicas de contención emocional en el 80% ante crisis del paciente
- Identifican al menos 3 señales de ansiedad relacionadas con el TEPT en el niño (evitación, hipervigilancia, llanto recurrente) en el 80% de las situaciones observadas.
- Reconocen en un 100% los síntomas relacionados al estrés postraumático en ambientes hospitalarios y procedimientos médicos del paciente.
- Reconocen en 70% sus sentimientos de miedo y culpa, así como las conductas asociadas al diagnóstico de cáncer del paciente y los procedimientos médicos.
- Evitan conductas que refuercen la ansiedad (sobreprotección) en el 70% de las interacciones registradas.
- Implementan al menos 2 estrategias de autocuidado (pausas activas, juegos en familia) en el 60% de las semanas evaluadas.
- Asisten al 80% de las sesiones psicoeducativas programadas.

A continuación, se presentará una tabla resumen con los objetivos, sus indicadores de logro y las técnicas/instrumentos para medir su cumplimiento

**Tabla 8**

*Tabla de objetivos e indicadores*

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER				
	<b>Objetivo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medición</b>	<b>Ítems en lista de cotejo</b>
General	Implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.	<p>Disminuye en un 40% el puntaje de la Lista de Chequeo conductual de la ansiedad infantil</p> <p>Disminuye en un 40% el puntaje de la Escala de Ansiedad Infantil (CAS)</p> <p>Disminuye en un 70% la frecuencia de pesadillas y flashbacks</p>	<p>Lista de chequeo conductual de la ansiedad infantil</p> <p>CAS</p> <p>Lista de Cotejo</p>	<p>Disminuye pesadillas y flashbacks sobre la hospitalización/tratamiento</p>
OE1	Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.	<p>Acude a un 90% de las consultas clínicas tanto en oncología pediátrica como en psicología sin manifestar llantos, gritos ni conductas violentas al personal ni a sus familiares.</p> <p>Acude a un 75% de los procedimientos médicos de radioterapia sin manifestar llantos, gritos ni conductas violentas al personal ni a sus familiares.</p>	<p>Observación directa e indirecta</p> <p>Lista de cotejo</p>	<p>Ingresa a los ambientes hospitalarios sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares</p> <p>Participa de los procedimientos médicos solo, sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares</p> <p>Verbaliza sus emociones frente a los procedimientos médicos</p>

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

OE2	Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés posttraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.	<p>Identifica y nombra al menos 4 emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, enojo) en el 80% de las situaciones evaluadas.</p> <p>Expresa sus emociones verbalmente o mediante dibujos en el 60% de las sesiones</p>	<p>Lista de cotejo del paciente</p> <p>Observación directa</p>	<p>Reconoce emociones básicas cómo la alegría, tristeza, enojo y miedo</p> <p>Identifica las emociones en su cuerpo, como y cuando las siente</p> <p>Verbaliza lo que necesita en momentos de angustia</p>
OE3	Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés posttraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.	<p>Utiliza al menos 2 técnicas de autorregulación (como respiración profunda o las estrategias de la calma) en situaciones estresantes</p> <p>Utiliza al menos 2 autoinstrucciones antes de un procedimiento médico</p> <p>Incrementa en un 80% las conductas adaptativas en casa (seguir rutinas, interactuar con familiares).</p>	<p>Lista de cotejo del paciente</p> <p>Observación directa e indirecta</p> <p>Economía de fichas</p>	<p>Interioriza recursos para transitar el miedo</p> <p>Interioriza estrategias de respiración y calma</p> <p>Hace uso de autoinstrucciones</p> <p>Realiza tareas en casa sin objetar</p> <p>Disminuye los llantos y agresiones hacia sus familiares en casa</p> <p>Mantiene una rutina de sueño adecuada</p>
OE4	Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la	Identifican y/o utilizan al menos 3 estrategias de refuerzo positivo en	<p>Lista de cotejo de la familia</p> <p>Observación</p>	Identifican las emociones y necesidades del paciente en todo

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

<p>sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>	<p>el hogar y en contextos hospitalarios.</p>	<p>directa e indirecta</p>	<p>momento</p>
	<p>Identifican y/o utilizan al menos 2 técnicas de contención emocional en el 80% ante crisis del paciente</p>		<p>Identifican sus propias emociones en todo momento</p>
	<p>Identifican al menos 3 síntomas relacionados al TEPT en el paciente (evitación, hipervigilancia, llanto recurrente) en el 80% de las situaciones observadas en ambientes hospitalarios y procedimientos médicos del paciente.</p>		<p>Logran expresar sus emociones sin juicio y de forma asertiva</p>
	<p>Reconocen en 70% sus sentimientos de miedo y culpa, así como las conductas asociadas al diagnóstico de cáncer del paciente y los procedimientos médicos.</p>		<p>Validan las emociones del paciente</p>
	<p>Evitan conductas que refuercen la ansiedad (sobrepotección) en el 70% de las interacciones registradas.</p>		<p>Validan sus propias emociones</p>
			<p>Acompañan y contienen al paciente de manera adecuada durante los procedimientos médicos</p>
			<p>Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (economía de fichas)</p>
			<p>Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (silla de la reflexión)</p>

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

OE5	Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático.	Implementan al menos 2 estrategias de autocuidado (pausas activas, juegos en familia) en el 60% de las semanas evaluadas.  Asisten al 80% de las sesiones psicoeducativas programadas.	Lista de cotejo de la familia	(Px) Se integra con otros miembros de la familia de forma adecuada  Aumentan espacios personales en sus vidas propias  Fomentan espacios de compartir con el paciente y los demás familiares
-----	---	--	-------------------------------	--

*Nota.* Elaboración Propia

### ***Público objetivo***

**Población:** La población comprende a niños y niñas en un rango de edad entre los 5 y 6 años que tengan un diagnóstico oncológico de ependimoma de alto grado de la fosa posterior en grado 3 y que hayan pasado por una intervención quirúrgica e internamiento hospitalario, con un diagnóstico de estrés postraumático en Lima Metropolitana.

**Muestra:** Niño varón de 6 años, con un diagnóstico oncológico de Ependimoma de alto grado de la fosa posterior en grado 3 y que ha pasado por una intervención quirúrgica e internamiento hospitalario, con estrés postraumático, en Lima Metropolitana.

### **Criterios de inclusión**

- Ser un niño entre 5 y 6 años de edad.
- Estar cursando por un diagnóstico oncológico menor a 3 meses.
- Tener un diagnóstico oncológico que sea de grado 3.

- Tener el diagnóstico oncológico en tratamiento.
- Tener un diagnóstico de estrés postraumático.
- Haber pasado por una intervención quirúrgica de alto riesgo.
- Haber sido hospitalizado, sin presencia de ningún familiar, por al menos 1 mes.
- Estar cursando por un tratamiento de radioterapia.
- Contar con el consentimiento informado de la madre.
- Contar con el asentimiento informado del niño.

#### **Criterios de exclusión**

- Estar cursando tratamiento en una institución privada.
- Tener un diagnóstico psicológico diferente al estrés postraumático.
- Tolerar de manera adecuada los procedimientos médicos.

#### ***Descripción del procedimiento y metodología***

Para la realización de la intervención, se determinaron las siguientes etapas, según el plan de tratamiento:

**Etapas de evaluación y diagnóstico.** En esta primera etapa se tuvo como objetivo principal el determinar el diagnóstico de la problemática, para de esa manera, plantear un plan de intervención que responda a las necesidades del paciente y sus familiares. Dentro de las técnicas usadas en esta etapa se encontraron entrevistas semiestructuradas, observación conductual e instrumentos de medición psicométrica y proyectiva.

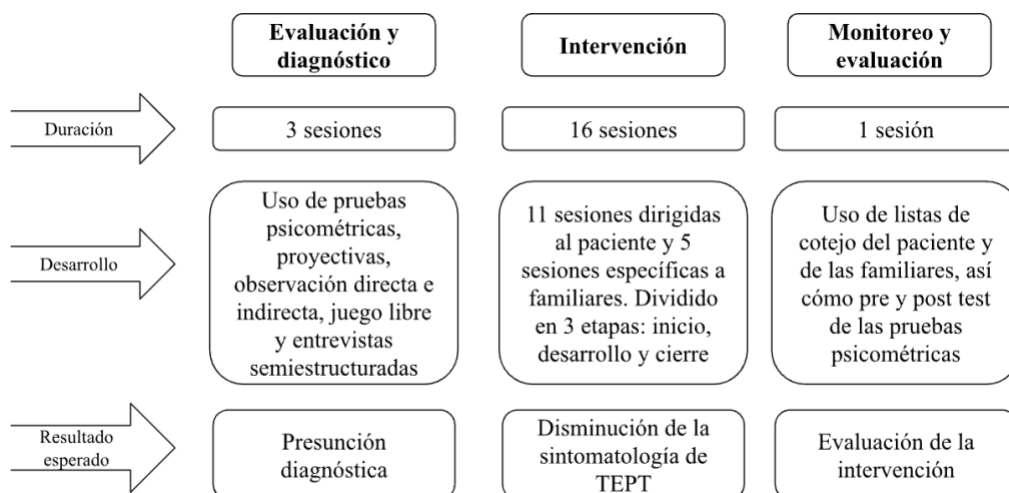
**Etapas de intervención.** Tras determinar el problema, se realizó un plan de intervención tanto para el paciente como para sus familiares. En él se detallaron los objetivos a cumplir, así como metas específicas de la sesión. Asimismo, se usaron

diversas técnicas como psicoeducación, técnicas de relajación, acompañamiento y contención emocional, técnicas de terapia narrativa y de juego, entrenamiento en recursos de afrontamiento y relajación, y en técnicas de modificación de conductas, entre las que se encontraban el contrato conductual, economía de fichas, refuerzos positivos y recompensas y autoinstrucciones. Entre los temas a tratar con el paciente se encontró el reconocimiento y manejo emocional, la tolerancia al malestar e intervención en estrés post traumático. Mientras que los temas a trabajar con las familiares se abordaron en torno a la psicoeducación y manejo emocional conductual.

**Etapas de monitoreo y evaluación.** Durante las sesiones se ejecutaron diversas técnicas de seguimiento y monitoreo, con el fin de garantizar el cumplimiento de los indicadores de logro y trabajar la prevención de recaídas. Al finalizar el plan de sesiones se efectuaron los posts test de los instrumentos a manera de contrastar los resultados obtenidos en el diagnóstico y comprobar la efectividad del programa.

**Figura 3**

*Etapas del procedimiento*



*Notas:* Elaboración propia

A continuación, se presentará con más detalle cada una de las etapas presentadas en el procedimiento.

### **Evaluación**

Esta etapa buscaba delimitar el problema, establecer un diagnóstico con el que posteriormente se pueda elaborar un plan de intervención eficaz. Para ello se realizó una evaluación psicológica donde se utilizó la observación, anamnesis, entrevista semiestructurada e instrumentos psicométricos. Esto con el fin de identificar las necesidades y problemáticas de David y sus familiares.

#### ***Descripción de los instrumentos utilizados***

**Observación conductual** Se llevó a cabo la observación conductual durante las sesiones y acompañamientos, dándole importancia tanto al lenguaje verbal como no verbal.

**Juego libre** Se empleó el juego libre para establecer vínculos con el paciente y para observar su conducta a través de la naturalidad que promueve el juego.

**Anamnesis** Se realizó una anamnesis psicológica al iniciar la evaluación con la madre y la hermana del paciente, para recolectar información sobre su desarrollo desde la gestación hasta la actualidad.

**Entrevista semiestructurada** Se realizó una entrevista semiestructurada inicial, tanto a la madre como al paciente, con el fin de indagar sobre el área emocional, familiar, social y cognitiva. Posteriormente, se realizó otra entrevista para ahondar en la problemática del paciente tanto en el ámbito hospitalario como en casa.

**Test de la familia.** Se trata de una evaluación proyectiva creada por Maurice Porot en 1952 y modificada por Louis Corman en 1961, esta busca obtener

información de la dinámica de las relaciones del sujeto con los miembros de su familia. Esta prueba puede ser administrada a niños de 5 años en adelante. La prueba requiere que, tras el niño dibujar a su familia, se le realicen una serie de preguntas que ayudan a la interpretación del dibujo.

**Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños.** Se trata de una evaluación psicométrica elaborada en Perú por Ida Alarcón Bustinza en 1993 con el objetivo de identificar los principales indicadores de la ansiedad en niños peruanos y especificar su frecuencia. Este instrumento mide dimensiones físicas, emocionales, cognitivas y motoras. La prueba está dirigida a niños desde los 6 a los 12 años y puede ser administrada de manera personal o grupal. Asimismo, consta de 26 ítems, con una puntuación de escala Likert de 0 a 2. Presenta un alto grado de confiabilidad, con niveles de confiabilidad Test-Retest de 0,9293, y cuenta con validez de contenido, constructo y concurrente, que respalda su capacidad para medir adecuadamente los constructos asociados a la ansiedad infantil. (Anicama, 2016)

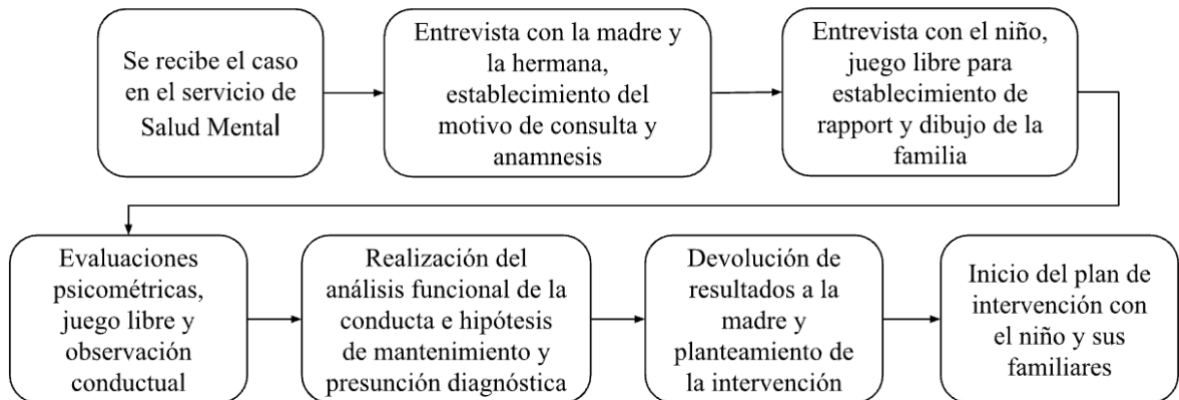
**Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)** El Child Anxiety Scale (CAS) es una herramienta psicométrica desarrollada en 1980 por John S. Gillis, cuyo propósito es evaluar el nivel de ansiedad en niños de entre 6 y 8 años. Esta prueba está formada por 20 ítems, cada uno de los cuales presenta una pregunta acompañada de una respuesta gráfica, que puede ser un círculo o un cuadrado, junto a una figura representativa. Gillis tuvo en cuenta la naturaleza lúdica del instrumento, dado que este está diseñado para niños, por lo que se adoptaron diversas estrategias para captar su atención. Los ítems se agrupan en dos factores: el Factor 1 abarca la emocionalidad, excitabilidad, cambios de actitud y evasión de

responsabilidades, mientras que el Factor 2 se centra en el retraimiento, la timidez y los sentimientos de dependencia. (Melo, 2016)

### *Procedimiento de Evaluación*

**Figura 4**

*Procedimiento de evaluación*



Nota: Elaboración propia.

Tal y como se aprecia en la figura 4, el procedimiento de evaluación consistió en que el paciente fue derivado por el departamento de oncología pediátrica al servicio de Salud Mental del Instituto. Seguido a ello, se realizó una entrevista semiestructurada con la madre y la hermana del paciente para establecer el motivo de consulta y la anamnesis inicial del paciente. Tras esa primera sesión, se le explicó a la madre como es el proceso de evaluación, indicándole que en las siguientes sesiones se empezaría la evaluación, la cual constó de 2 sesiones en donde se le aplicaron diferentes pruebas tanto psicométricas como proyectas. Terminada la evaluación, se realizó un análisis psicológico y se tuvo una sesión con la madre para la devolución de los resultados y la coordinación de la implementación del plan de intervención, de manera en la que tanto David como la familia, puedan recibir el acompañamiento psicológico requieren.

## **Intervención**

La etapa de intervención se llevó a cabo de octubre del 2022 a febrero del 2023. Se programaron 20 sesiones presenciales de 50 minutos, con una frecuencia de una vez por semana en horarios de la tarde; las cuales 5 fueron con las familiares y 15 sesiones con el paciente. Cabe destacar que las sesiones con el paciente se dividieron por etapas, el inicio, en donde se estableció y reforzó el rapport e introdujo las temáticas u objetivos a trabajar durante la sesión; el desarrollo, en el cual se desarrollaron diversas actividades y/o acompañamientos y la etapa final en donde participaba la madre y hermana y el paciente, en esta parte se psicoeducó a los individuos en diversos temas, se informó a la familia sobre el trabajo realizado en la sesión, se monitorearon las actividades a realizar en casa y se detallaron las instrucciones de las tareas encomendadas.

### ***Cronograma de actividades***

A continuación, se presentará el cronograma de actividades realizadas con David y sus familiares, especificando las temáticas a tratar y los participantes a las que van dirigidas.

**Tabla 9**

*Cronograma de sesiones*

<b>CRONOGRAMA DE SESIONES</b>			
<b>Sesiones</b>		<b>Temática principal a abordar</b>	<b>Dirigido a</b>
Sesiones de evaluación	1	Anamnesis y delimitación del problema	Familiares y paciente
	2	Establecimiento de alianza terapéutica y aplicación de pruebas	Paciente

---

	3	Refuerzo de rapport y aplicación de pruebas	Paciente
Sesiones de intervención	1	Reconocimiento e identificación de emociones y pensamientos acerca de la enfermedad y psicoeducación de la higiene del sueño.	Paciente
	2	Abordaje del trauma	Paciente
	3	Psicoeducación emocional sobre sentimientos de culpa	Familiares
	4	Reconocimiento e identificación de la alegría e inicio modificación conductual	Paciente
	5	Reconocimiento e identificación de la tristeza y psicoeducación en técnicas de afrontamiento	Paciente
	6	Psicoeducación del modelo ABC y entrenamiento en modificación conductual	Familiares
	7	Acompañamiento y contención emocional en una radioterapia	Paciente
	8	Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta	Familiares
	9	Reconocimiento e identificación del enojo y psicoeducación en técnicas de afrontamiento	Paciente
	10	Reconocimiento e identificación del miedo y psicoeducación en técnicas de afrontamiento	Paciente
	11	Entrenamiento en técnicas de afrontamiento y relajación	Familiares
	12	Psicoeducación en recursos de afrontamiento sobre conductas desadaptativas ante procedimientos médicos y abordaje del trauma parte 2	Paciente
	13	Refuerzo de la aplicación de recursos en conductas desadaptativas ante	Paciente

---

		procedimientos médicos	
	14	Acompañamiento y contención emocional en un procedimiento médico	Paciente
	15	Reinserción a la vida cotidiana y proyecto de vida	Familiares
	16	Prevención de recaída	Paciente
Sesión de cierre	17	Evaluaciones post test y derivación	Paciente y familiares

Nota: Elaboración propia.

### **Plan de sesiones**

A continuación, se detallarán los planes de las sesiones de intervención con el niño y las familiares.

**Tabla 10**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 1*

<b>SESIÓN 1</b>			
Reconocimiento e identificación de emociones y pensamientos acerca de la enfermedad y psicoeducación de la higiene del sueño.			
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	(1) Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer. (3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer. (4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.		
Refuerzo de la alianza terapéutica.	<b>Inicio (15 min).</b> Se le da la bienvenida al paciente a las sesiones de intervención, compartiendo, con lenguaje sencillo y acorde a su edad cronológica, los objetivos de la sesión y la manera en la que se trabajarán las mismas.	Entrevista clínica.	Afiche de los acuerdos de la sesión.
Exploración de emociones y pensamientos del paciente acerca de su enfermedad.	Tras esa breve explicación se establecen, junto con el paciente, 5 acuerdos de la sesión de manera en la que se pueda mantener un ambiente estable y agradable para él.	Juego lúdico.  Psicoeducación en higiene del sueño y en diagnóstico	Juego “conociéndonos”, dados y tokens

---

Psicoeducación familiar sobre pautas de higiene del sueño.

**Desarrollo (30 min).** Se realiza el juego “conociéndonos”, el cual es un juego de mesa, creado específicamente para la sesión, que tiene preguntas a lo largo del mismo. Estas preguntas están orientadas a conocer más sobre el paciente desde un nivel más superficial, cómo por ejemplo su color favorito, hasta un nivel más profundo al indagar sobre sus pensamientos y emociones acerca de su enfermedad.

Una vez obtenida esta información se le pide al paciente que en una hoja dibuje su enfermedad y que mencione sus características, paralelamente se le hacen diversas preguntas que ahonden en su entendimiento de la enfermedad y se validan sus emociones y pensamientos. Es en este momento donde se psicoeduca al paciente sobre su diagnóstico y su proceso de enfermedad.

Seguidamente se administra el Pre test de la lista de cotejo del paciente.

---

**Cierre (10 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajado en el día y se psicoeduca al paciente y a la familia acerca de la importancia de establecer rutinas de sueño saludables, de manera en la que ésta reduzca las dificultades para conciliar y mantener el sueño. Todo esto mediante la presentación de un afiche sobre la higiene del sueño.

---

neoplásico.

Validación  
contención  
emocional

Hojas bond y colores

y Afiche sobre higiene del sueño.

Lista de cotejo del paciente.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 11**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 2*

<b>SESIÓN 2</b>			
Abordaje del trauma			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(1) Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
Temas trabajados en la sesión	Descripción de actividades	Técnicas utilizadas	Materiales
<p>Refuerzo de la alianza terapéutica.</p> <p>Identificación emocional</p> <p>Abordaje del trauma</p> <p>Psicoeducación familiar en manejo emocional frente al trauma.</p>	<p><b>Inicio (15 min).</b> Se saluda al paciente mediante la dinámica del “saludo de los animales”. Para ello se le pide al niño que salude cómo lo haría un animal que él quiera, para ello se pueden realizar sonidos, gestos y/o movimientos, y luego la psicóloga hace lo mismo con otro animal y así sucesivamente. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.</p> <hr/> <p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se le presenta al niño una caja con juguetes variados, se le pide que escoja sus favoritos y mediante la técnica del juego y el role play se aborda al paciente en cuanto al trauma. Así mismo, en diversos</p>	<p>Saludo de los animales</p> <p>Juego libre</p> <p>Role play</p> <p>Psicoeducación en manejo emocional frente al trauma.</p> <p>Psicoeducación sobre el diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>Afiche de los acuerdos de la sesión.</p> <p>Caja de juegos</p>

momentos se le realizan preguntas para indagar sobre los pensamientos y emociones del paciente frente a su experiencia, cómo ¿Cómo hace sentir eso a tu personaje? ¿Qué hubieras hecho tú en su lugar? ¿Pasaste por algo parecido alguna vez?

Validación y contención emocional

Se aprovecha el momento para continuar psicoeducando al paciente acerca de su enfermedad, cirugía y tratamiento, esto a través de una presentación.

**Cierre (10 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajo en el día y se psicoeduca a las familiares en estrategias de identificación y validación emocional frente al trauma del menor, especificando los síntomas encontrados hasta ese momento.

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 12**

*Plan de intervención con las familiares. Sesión 3*

<b>SESIÓN 3 (Familiares)</b>			
Psicoeducación emocional sobre sentimientos de culpa			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.		
Temas trabajados en la sesión	Descripción de actividades	Técnicas utilizadas	Materiales

<p>Indagación sobre la percepción y emociones de las familiares frente al diagnóstico del paciente</p>	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda a las familiares y se les presenta el plan de sesiones a trabajar con ellas. Así mismo, se realiza un compromiso hablado sobre la asistencia a las sesiones con ellas y la importancia de la realización de las tareas terapéuticas tanto de ellas cómo las del paciente.</p>	<p>Entrevista semiestructurada Validación y contención emocional</p>	<p>Diario emocional de cuidadores Lista de cotejo de las familiares</p>
<p>Psicoeducación a las familiares acerca de los sentimientos de culpa y miedo.</p>	<p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se realiza una entrevista semiestructurada con las familiares, en la que se pueda indagar sobre su percepción y emociones frente al diagnóstico del paciente y todo lo que este conlleva.</p> <p>Se psicoeduca a la familia sobre el sentimiento de culpa y los diferentes miedos que puedan estar afrontando y la importancia de reconocerlos y manejarlos, tanto en beneficio propio cómo con relación al paciente.</p> <p>Seguidamente se administra el Pre test de la lista de cotejo de las familiares.</p>	<p>Psicoeducación emocional</p>	
	<p><b>Cierre (10 min).</b> Se les presenta el diario emocional de cuidadores, se les explica que el objetivo es que diariamente puedan darse un tiempo de reconocer las emociones experimentadas durante el día, darles un nombre e identificar en qué momentos estas se suscitan.</p>		

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 13**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 4*

<b>SESIÓN 4</b>			
Reconocimiento e identificación de la alegría e inicio de modificación conductual			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
Temas trabajados en la sesión	Descripción de actividades	Técnicas utilizadas	Materiales
<p>Promoción del reconocimiento e identificación de la emoción de la alegría: ¿cómo y cuándo la siente?</p> <p>Entrenamiento en técnicas de modificación conductual.</p> <p>Psicoeducación familiar en manejo conductual.</p>	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda al paciente mediante la dinámica del “saludo de las partes del cuerpo”. Para ello se le pide al niño que salude con una parte del cuerpo, por ejemplo, con el pie, la cabeza, etc y luego la psicóloga hace lo mismo con otra parte y así sucesivamente. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.</p> <hr/> <p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se lee la primera parte del libro “El monstruo de colores” en donde se presenta la emoción de la alegría. Y a través de preguntas guías se le pide al niño señalar, lo siguiente:</p>	<p>Saludo de las partes del cuerpo</p> <p>Economía de fichas.</p> <p>Técnica narrativa de cuenta cuentos</p>	<p>Libro “El monstruo de colores”</p> <p>Libro “El club de los niños felices”</p> <p>Ficha de economía de fichas y stickers</p> <p>Contrato conductual</p>

- 
- ¿En qué momentos sientes alegría?
  - ¿Qué haces cuando estás alegre?
  - ¿Qué hace tu mamá o tu hermana cuando están alegres?
  - ¿Qué no haces cuando te sientes alegre?
  - ¿En qué parte de tu cuerpo te sientes alegre?
  - ¿Qué necesitas cuando estás alegre?
  - ¿Alguna vez has sentido esta emoción en el hospital?
  - ¿Qué haces cuando sientes esta emoción en el hospital?

Posteriormente se lee el primer capítulo del cuento “El club de los niños felices”, se realizan preguntas frente al cuento cómo por ejemplo ¿te identificas con lo que siente el personaje? o ¿Te identificas con las situaciones que pasa el personaje? y se realiza la actividad “vivir con alegría”.

Finalmente, se le pide al niño dibujar la alegría y las acciones que él hace cuando se siente alegre.

---

**Cierre (10 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajo en el día, se explica al niño y a su familia sobre la economía de fichas con ejemplos y se elabora de manera conjunta los objetivos e incentivos de esta.

Seguidamente, se desarrolla un contrato

---

---

conductual con la familia y el niño, definiendo las conductas esperadas en casa y las recompensas que estas tendrán.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 14**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 5*

<b>SESIÓN 5</b>			
Reconocimiento e identificación de la tristeza y psicoeducación en técnicas de afrontamiento			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
<p>Promoción del reconocimiento e identificación de la emoción de la tristeza: ¿cómo y cuándo la siente?</p> <p>Refuerzo de la economía de fichas.</p>	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda al paciente mediante la dinámica del “saludo de la pelota”. Para ello se le pide al niño que al pasarle una pelota imaginaria haga un sonido y un gesto en base al tamaño y peso de la pelota y luego la psicóloga hace lo mismo y así sucesivamente. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.</p>	<p>Economía de fichas.</p> <p>Técnica narrativa de cuenta cuentos</p> <p>Estrategias de afrontamiento</p>	<p>Libro “El monstruo de colores”</p> <p>Libro “El club de los niños felices”</p> <p>Ficha de economía de fichas y stickers</p>
<p>Entrenamiento en técnicas de afrontamiento</p> <p>Preparación para</p>	<p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se lee la segunda parte del libro “El monstruo de colores” en donde se presenta la emoción de la tristeza. Y a través de preguntas guías se le pide al niño señalar, lo siguiente:</p> <p style="margin-left: 40px;">- ¿En qué momentos sientes tristeza?</p>	<p>Técnica del Semáforo de las Emociones</p> <p>Estrategias de la calma</p> <p>Ejercicio de respiración</p>	<p>Ficha del semáforo de las emociones, estrategias de la calma y respiración “dame los</p>

---

procedimiento médico

- ¿Qué haces cuando estás triste?
- ¿Qué hace tu mamá o tu hermana cuando están tristes?
- ¿Qué no haces cuando te sientes triste?
- ¿En qué parte de tu cuerpo te sientes triste?
- ¿Qué necesitas cuando estás triste?
- ¿Alguna vez has sentido esta emoción en el hospital?
- ¿Qué haces cuando sientes esta emoción en el hospital?

“Dame los 5”

5”

Posteriormente, se lee el segundo capítulo del cuento “El club de los niños felices”, se realizan preguntas frente al cuento cómo por ejemplo ¿te identificas con lo que siente el personaje? o ¿Te identificas con las situaciones que pasa el personaje? y se realiza la actividad “adiós, tristeza”.

Seguidamente, se le pide al niño dibujar la tristeza y las acciones que él hace cuando se siente triste.

---

**Cierre (15 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajo en el día y se revisa y refuerza el uso de la economía de fichas.

Además, se psicoeducan al niño y la familia en la técnica “El semáforo de las emociones”.

Y se realiza una preparación anticipatoria a procedimiento médico a través de la psicoeducación de estrategias de la calma y el ejercicio de respiración

---

---

“Dame esos 5”, la cual, con la ayuda de la mano, trazando cómo si se estuviera dibujando en un papel; para ello se realiza una respiración consciente de inhalación cada vez que sube la mano y exhalación cada vez que la baja.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 15**

*Plan de intervención con las familiares. Sesión 6*

<b>SESIÓN 6 (Familiares)</b>			
Psicoeducación del modelo ABC y entrenamiento en modificación conductual			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
Psicoeducación en modificación conductual	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda a las familiares y les pregunta cómo se han estado sintiendo estas semanas y cómo perciben el progreso del paciente.</p>	Psicoeducación	Ficha de modelo ABC
	<p><b>Desarrollo (30 min)</b> Se explica a las familiares acerca del modelo ABC de la conducta, presentándoles la triada cognitiva.</p> <p>Tras establecer la importancia del reconocimiento adecuado de los pensamientos, emociones y conductas, tanto propias como las del paciente, se procede a realizar diferentes ejemplos para poner en práctica el ABC.</p>	<p>Modelo ABC</p> <p>Triada cognitiva</p>	<p>Ejemplos de situaciones para modelo ABC</p>

---

***Cierre (15 min).*** Finalmente, se psicoeduca a la familia en cuanto a la importancia del establecimiento de límites saludables y la modificación conductual para afrontar las conductas desadaptativas del paciente tanto en casa como en el instituto. Y se les pide que durante la semana realicen 3 modelos ABC de situaciones que les sucedan a ellas y al paciente.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 16**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 7*

<b>SESIÓN 7</b>			
Acompañamiento y contención emocional en una radioterapia			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(1) Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
<p>Acompañamiento y contención emocional del paciente antes, durante y después del procedimiento médico.</p> <p>Entrenamiento en estrategias de la calma.</p>	<p><b>Antes del procedimiento.</b> Se recibe al paciente introduciendo a la dinámica del role play. Se le explica que hoy haremos un viaje al espacio y se le pide que imagine todo lo que haremos y veremos en ese viaje, desde los sonidos, los olores, colores, etc. Posteriormente se le da la pulsera mágica de los astronautas y se le explica que esta es una pulsera que los científicos desarrollaron hace mucho tiempo para ayudar a los astronautas a transitar por el miedo cuando viajan al espacio y que ahora esa pulsera pasará a él, pero primero debemos configurarla diciéndole afirmaciones positivas que lo ayuden durante ese viaje.</p> <hr/> <p><b>Durante el procedimiento.</b> Una vez en la sala de radioterapia se le pide al técnico que ponga música espacial en las bocinas de la sala, misma que se habrá decorado con la temática. Se acompaña al paciente</p>	<p>Acompañamiento y contención emocional</p> <p>Role Play</p> <p>Pulsera mágica</p> <p>Afirmaciones positivas</p>	<p>Fichas de afirmaciones positivas.</p> <p>Pulsera mágica</p> <p>Refuerzo positivo tangible</p>

---

comentándole que este cohete es solo para una persona, sin embargo, su mamá, su hermana y la psicóloga estarán en la torre de control (sala técnica) ayudándolo en lo que necesite. Durante el procedimiento, se le repiten al paciente afirmaciones positivas mediante el micrófono y se validan sus emociones.

---

***Después del procedimiento.*** Tras salir de la sala, se vuelve al consultorio para felicitar al paciente por el trabajo hecho durante su viaje espacial y se le otorga un peluche de oso astronauta como recompensa.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 17**

*Plan de intervención con las familiares. Sesión 8*

<b>SESIÓN 8 (Familiares)</b>			
Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
Reforzamiento de la psicoeducación de límites saludables y modificación de conducta	<b>Inicio (10 min).</b> Se saluda a las familiares y les pregunta cómo se han estado sintiendo estas semanas y cómo perciben el progreso del paciente.	Psicoeducación Economía de fichas	Ficha de silla de la reflexión
Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta	<b>Desarrollo (30 min)</b> Se evalúa el proceso de la economía de fichas, disipando dudas, reforzando la importancia del seguimiento y cumplimiento de los reforzadores.  Se presenta la técnica de la silla de la reflexión, se les explica que esta es una técnica de modificación de conducta que ayuda a los niños a detenerse, calmarse y pensar sobre la conducta desadaptativa antes de volver a interactuar con los demás o continuar con una actividad. Así mismo, se recalca que el objetivo no es castigar al niño, sino que este tenga un espacio para reflexionar sobre sus acciones y cómo estas afectan a los demás.  Continuamente se les presenta los pasos a seguir para	Silla de la reflexión	

---

utilizar la técnica, que son los siguientes:

1. Definición del comportamiento problema.
2. Explicación previa al niño sobre por qué esa es una conducta problema y por qué se lo pondrá en la silla de la reflexión.
3. Colocar al niño en la silla por un tiempo acorde a su edad, en este caso serían 6 minutos, y explicarle que, si se para de la silla antes de haber pasado los 6 minutos, deberá reiniciar el tiempo.
4. Luego de haber pasado el tiempo en la silla, se reflexionará con el niño acerca de comportamiento problema.
5. Redirección y refuerzo positivo, se realizará a través de la explicación de conductas apropiadas esperadas y los esfuerzos que el niño está teniendo por hacerlas
6. Restablecimiento de la interacción a través de un gesto amoroso, de manera que la experiencia no sea negativa o cause resentimiento.

---

***Cierre (15 min).*** Finalmente, se psicoeduca a la familia en cuanto a la importancia del mantenimiento de límites saludables y la modificación conductual para afrontar las conductas desadaptativas del paciente tanto en casa como en el instituto.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 18**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 9*

<b>SESIÓN 9</b>			
Reconocimiento e identificación del enojo y psicoeducación en técnicas de afrontamiento			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer. (3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer. (4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.		
Temas trabajados en la sesión	Descripción de actividades	Técnicas utilizadas	Materiales
Promoción del reconocimiento e identificación de la emoción del enojo: ¿cómo y cuándo la siente?  Refuerzo de la economía de	<b>Inicio (10 min).</b> Se saluda al paciente mediante la dinámica del “saludo del espejo”. Para ello se le pide al niño se pare frente a la psicología y, cómo si fuera un espejo, repita todos los movimientos que ella haga, y posteriormente el niño tomará el papel de la psicóloga. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.	Saludo del espejo  Economía de fichas.  Técnica narrativa de cuenta cuentos	Libro “El monstruo de colores”  Libro “El club de los niños felices”  Ficha de economía de

<p>fichas.</p> <p>Entrenamiento en técnicas de respiración</p>	<p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se lee la tercera parte del libro “El monstruo de colores” en donde se presenta la emoción del enojo. Y a través de preguntas guías se le pide al niño señalar, lo siguiente:</p>	<p>Técnica de respiración: “Respiración arcoíris”</p>	<p>fichas y stickers</p> <p>Ficha de respiración arcoíris.</p> <p>Lista de cotejo del paciente</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En qué momentos sientes enojo?</li> <li>- ¿Qué haces cuando estás enojado?</li> <li>- ¿Qué hace tu mamá o tu hermana cuando están enojadas?</li> <li>- ¿Qué no haces cuando te sientes enojado?</li> <li>- ¿En qué parte de tu cuerpo te sientes enojado?</li> <li>- ¿Qué necesitas cuando estás enojado?</li> <li>- ¿Alguna vez has sentido esta emoción en el hospital?</li> <li>- ¿Qué haces cuando sientes esta emoción en el hospital?</li> </ul>		
	<p>Posteriormente se lee el tercer capítulo del cuento “El club de los niños felices”, se realizan preguntas frente al cuento cómo por ejemplo ¿te identificas con lo que siente el personaje? o ¿Te identificas con las situaciones que pasa el personaje? y se realizará la actividad “no estoy enfadado”.</p>		
	<p>A continuación, se le pide al niño dibujar el enojo y las acciones que él hace cuando se siente enojado.</p>		
	<p>Luego, se administra el seguimiento de la lista de cotejo del paciente.</p>		

---

**Cierre (10 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajado en el día y se revisa junto al niño y a su familia la economía de fichas reforzando su uso.

Seguidamente se psicoeduca al niño y la familia en la técnica “respiración arcoíris”, la cual consta de usar la plantilla del arcoíris y realiza una respiración consciente mientras vamos pensando en objetos que nos gusten y nos calmen del color en el que estamos respirando.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 19**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 10*

<b>SESIÓN 10</b>			
Reconocimiento e identificación del miedo y psicoeducación en técnicas de afrontamiento			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
Temas trabajados en la sesión	Descripción de actividades	Técnicas utilizadas	Materiales
<p>Promoción del reconocimiento e identificación de la emoción del miedo: ¿cómo y cuándo la siente?</p> <p>Refuerzo de la economía de</p>	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda al paciente mediante la dinámica del “saludos del mundo”. Para ello se le muestra al niño 5 sobres que contienen diferentes banderas, se le pide que escoja una bandera y se busca cómo saludar en ese idioma. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.</p>	<p>Saludos del mundo</p> <p>Economía de fichas.</p> <p>Técnica narrativa de cuenta cuentos</p>	<p>Banderas y saludos</p> <p>Libro “El monstruo de colores”</p> <p>Libro “El club de</p>

---

<p>fichas.</p> <p>Entrenamiento en técnicas de respiración</p>	<p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se lee la cuarta parte del libro “El monstruo de colores” en donde se presenta la emoción del miedo. Y a través de preguntas guías se le pide al niño señalar, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En qué momentos sientes miedo?</li> <li>- ¿Qué haces cuando tienes miedo?</li> <li>- ¿Qué hace tu mamá o tu hermana cuando tienen miedo?</li> <li>- ¿Qué no haces cuando sientes miedo?</li> <li>- ¿En qué parte de tu cuerpo tienes miedo?</li> <li>- ¿Qué necesitas cuando tienes miedo?</li> <li>- ¿Alguna vez has sentido esta emoción en el hospital?</li> <li>- ¿Qué haces cuando sientes esta emoción en el hospital?</li> </ul> <p>Posteriormente se lee el cuarto capítulo del cuento “El club de los niños felices”, se realizan preguntas frente al cuento cómo por ejemplo ¿te identificas con lo que siente el personaje? o ¿Te identificas con las situaciones que pasa el personaje? y se realizará la actividad “no más miedo”.</p> <p>Seguidamente, se le pide al niño dibujar la tristeza y las acciones que él hace cuando siente miedo.</p>	<p>Técnica de respiración: “El globo”</p>	<p>los niños felices”</p> <p>Ficha de economía de fichas y stickers</p> <p>Ficha de el globo.</p>
--	---	---	---

---

---

**Cierre (10 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajado en el día y se revisa junto al niño y a su familia la economía de fichas reforzando su uso.

Y se psicoeducan al niño y la familia en la técnica “El globo”, la cual consta de imaginar que su pancita es cómo un globo que cada vez que inhala se infla y cuando exhala se desinfla.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 20**

*Plan de intervención con las familiares. Sesión 11*

<b>SESIÓN 11 (Familiares)</b>			
Entrenamiento en técnicas de afrontamiento y relajación			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(5) Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático.</p>		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
Reforzamiento de la psicoeducación de límites saludables y modificación de conducta	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda a las familiares y les pregunta cómo se han estado sintiendo estas semanas y cómo perciben el progreso del paciente.</p>	Técnicas de respiración	Fichas de técnicas de respiración
Entrenamiento en técnicas de afrontamiento y relajación	<p><b>Desarrollo (30 min)</b> Se psicoeduca en cuanto a manejo emocional, para lo cual se les explica diversas técnicas cómo el grounding, autoinstrucciones, relajación muscular progresiva y meditación.</p>	Grounding	Ficha de grounding
Incentivo del aumento de conductas adaptativas en el paciente a través de salidas	<p>Tras ensayar cada una de ellas, se les brinda una serie de ideas de actividades que pueden realizar en su casa que involucre a todos los miembros de la familia, de manera que ayude con la regulación emocional y conductas adaptativas del paciente.</p>	Autoinstrucciones	Ficha de autoinstrucciones
		Relajación muscular progresiva	Ficha de relajación muscular progresiva
		Meditación guiada	Ficha de meditación guiada
		Salidas emocionales positivas.	Ficha de meditación guiada

---

emocionales positivas

**Cierre (15 min).** Finalmente, se psicoeduca a la familia en cuanto a la importancia del mantenimiento de límites saludables y la modificación conductual para afrontar las conductas desadaptativas del paciente tanto en casa como en el instituto. Y se les pide que instauren en casa un calendario mensual en el que todas las semanas realicen por lo menos una actividad en familia que no tenga nada que ver con el hospital, cómo ver una película o ir al parque.

Ficha de actividades en familia

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 21**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 12*

<b>SESIÓN 12</b>			
Psicoeducación en recursos de afrontamiento sobre conductas desadaptativas ante procedimientos médicos y abordaje del trauma parte 2			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
Abordaje del trauma	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda al paciente bailando la canción “El twist de los ratoncitos”. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.</p> <hr/> <p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se realiza una intervención enfocada al trauma, para la cual empezamos recordando todo lo vivido desde el diagnóstico, validando sus emociones y acciones en cada momento y haciendo preguntas que permitan indagar en sus emociones con respecto a las situaciones.</p> <p>Luego se realiza una actividad llamada “mi amuleto mágico”, para la cual se le pide al niño que dibuje en hojas de colores, todas aquellas cosas o personas que lo hagan sentir más valiente. Luego de haberlas dibujado, las corta e inserta en una cajita diciendo las palabras mágicas, las cuales son las autoinstrucciones que trabajamos hace unas cuantas</p>	Saludo creativo	Hojas de colores
Refuerzo la economía de fichas y el establecimiento de límites saludables.		<p>Mi amuleto mágico</p> <p>Psicoeducación familiar</p>	<p>Lápices</p> <p>Tijera</p> <p>Caja pequeña</p>

---

sesiones, incitándolo a que añada más.

Se le explica al niño que a pesar de que ese dije no esté con él siempre, servirá para recordarle las cualidades que posee para enfrentar con valentía los procedimientos médicos.

---

**Cierre (15 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajado en el día y se revisa junto al niño y a su familia la economía de fichas reforzando su uso.

Y se realiza el seguimiento de las salidas emocionales positivas que están teniendo en familia.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 22**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 13*

<b>SESIÓN 13</b>			
Refuerzo de la aplicación de recursos en conductas desadaptativas ante procedimientos médicos			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(1) Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
Refuerzo de la economía de fichas.	<p><b>Inicio (10 min).</b> Se saluda al paciente mediante la dinámica “Saludo del robot”, en la cual el paciente y la psicóloga deben saludarse actuando cómo robots. Tras el saludo se recuerdan los acuerdos de la sesión con el niño y se le explica lo que trabajaremos en la sesión.</p> <hr/> <p><b>Desarrollo (30 min).</b> Se le explica al paciente que el día de hoy nos convertiremos en doctores, pero para eso debemos ensayar cómo ayudar a que los pacientes se sientan mejor. Seguidamente se le muestra un tablero y dos juegos de fichas, unas con situaciones que ocurren en el hospital cómo la revisión de signos vitales o una flebotomía (sacado de sangre), y el otro juego de fichas tendrá caras con diversas emociones. Se le pide al paciente que escoja una de las fichas de las situaciones y la ponga en el tablero, se habla sobre las emociones que esa situación le suscita y finalmente pone la emoción que</p>	Role Play	Economía de fichas y stickers
Entrenamiento en estrategias de autorregulación emocional y calma.		Economía de fichas.	Papelógrafo con tablero de doctor
Preparación anticipatoria a próximo procedimiento médico		Técnicas de regulación emocional	Fichas de situaciones médicas  Fichas de emociones  Caja mediana de zapatos  Botella de la calma

---

corresponde y se le pregunta si es que él ha pasado por eso y cómo se sintió.

Posteriormente, se le presenta “el botiquín de David”, la cual es una caja que contiene una botella de la calma, un pop it, una pelotita antiestrés, una ficha de la respiración y tarjetas con afirmaciones positivas. Se le explica que esta es una caja que puede guardar todo lo que necesita el doctor David para curar a sus pacientes, pues son cosas que ha ido aprendiendo durante estas sesiones y objetos que le ayudan a transitar el miedo de los procedimientos médicos.

Finalmente se invita al niño a personalizar una herramienta para su botiquín.

---

**Cierre (15 min).** Finalmente, se pide el ingreso de la madre a la sesión para comentarle lo trabajado en el día y se revisa junto al niño y a su familia la economía de fichas reforzando su uso.

Y se realiza el seguimiento de las salidas emocionales positivas que están teniendo en familia.

Pop it

Pelota antiestrés

Ficha de la respiración arcoíris.

Tarjetas con afirmaciones positivas

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 23**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 14*

<b>SESIÓN 14</b>			
Acompañamiento y contención emocional en un procedimiento médico			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(1) Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
<p>Acompañamiento y contención emocional del paciente antes, durante y después del procedimiento médico.</p>	<p><b>Antes del procedimiento.</b> Se saluda al paciente y se le recuerda todo lo que hicimos la última vez que lo acompañamos a la radioterapia y que esta vez imaginamos que estamos en una expedición en un safari. Para ello se le dan unos binoculares de papel “especiales” para mirar más allá.</p>	<p>Acompañamiento y contención emocional</p> <p>Role Play</p>	<p>Fichas de afirmaciones positivas.</p>
<p>Entrenamiento en estrategias de la calma.</p>	<p><b>Durante el procedimiento.</b> Una vez en la sala de radioterapia se le pide al técnico que ponga música de jungla en las bocinas de la sala, misma que se ha decorado con la temática. Se acompaña al paciente durante el procedimiento, se le repiten las afirmaciones positivas mediante el micrófono y se validan sus emociones.</p>	<p>Afirmaciones positivas</p>	<p>Binoculares de papel</p> <p>Refuerzo positivo tangible</p>
	<p><b>Después del procedimiento.</b> Tras salir de la sala, se vuelve al consultorio para felicitar al paciente por el trabajo hecho durante su safari y se le otorgará un cuadernillo para colorear</p>		

---

de animales de la jungla.

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 24**

*Plan de intervención con las familiares. Sesión 15*

---

<b>SESIÓN 15 (Familiares)</b>			
Reinserción a la vida cotidiana y proyecto de vida			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	(4) Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer. (5) Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático.		
<b>Temas trabajados en la sesión</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Materiales</b>
Incentivar a la reinserción a la vida cotidiana y a realizar un proyecto de vida.	<b>Inicio (10 min).</b> Se validan los esfuerzos y logros alcanzados por las familiares durante el proceso de intervención y se incentiva a continuar con las estrategias aprendidas.	Carta al futuro Meditación guiada	Hojas y lapiceros Lista de cotejo de las familiares

---

---

**Desarrollo (30 min).** Se realiza una meditación guiada en donde se les pide a las familiares que cierren los ojos e imaginen que, ya han pasado 3 años del diagnóstico de David y que ya se encuentra bien. Luego se les pide que describan quienes son ellas en ese momento, que están haciendo, donde se encuentran, con quienes están, y tras la meditación se les solicita que escriban una carta a su yo del futuro, describiendo todo lo que desean hacer y ser. Y en la parte trasera de la carta escriben un compromiso consigo mismas definiendo acciones inmediatas o cercanas que puedan realizar para llegar a ese objetivo.

Seguidamente, se administra el post test de la lista de cotejo de las familiares.

---

**Cierre (15 min).** Finalmente, se les agradece por el esfuerzo y recalca en todos los progresos que han tenido tanto ellas cómo el paciente. Y se les incentiva a continuar con el acompañamiento durante y después del tratamiento oncológico

---

Nota: Elaboración propia.

**Tabla 25**

*Plan de intervención con el niño. Sesión 16*

<b>SESIÓN 16</b>			
Prevención de recaída			
<b>Objetivos específicos a los que responde</b>	<p>(1) Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(2) Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p> <p>(3) Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.</p>		
Temas trabajados en la sesión	Descripción de actividades	Técnicas utilizadas	Materiales
Exploración de emociones frente al resurgimiento de conductas desadaptativas.	<i><b>Inicio (10 min).</b></i> Se saluda al paciente preguntando cuál ha sido su saludo favorito y lo replicaremos. Se realiza una revisión final de la economía de fichas destacando logros importantes.	Economía de fichas. Refuerzo positivo.	Folder con fichas Economía de fichas y stickers
Revisar avances en economía de fichas y reflexión.	<i><b>Desarrollo (30 min).</b></i> Se realiza un recuento de todas las estrategias y aprendizajes logrados durante la intervención a través de la “bitácora de David”, la cual consta de un folder con todas las técnicas de afrontamientos y relajación trabajadas durante las sesiones, además de las fichas de las emociones y meditaciones guiadas trabajadas con el paciente.		Diploma de “graduación”
Consolidar aprendizajes.			
Reconocer progresos y			

---

establecer compromiso de cambio      **Cierre (15 min).** Se realiza una ceremonia simbólica para reconocer los progresos del niño y establecer un compromiso final de continuar con el acompañamiento psicológico.

---

Nota: Elaboración propia.

### ***Monitoreo y Evaluación***

A modo de monitorear la intervención, se establecieron 2 mecanismos: primero a través de la economía de fichas, la cual se trabajó semanalmente en conjunto con la madre y el paciente delimitando entre 5 y 7 objetivos por semana. Al final de cada semana se sumaban los puntos correspondientes y según el resultado se reforzaba al paciente.

Por otro lado, se elaboraron dos fichas de cotejo, una dirigida al paciente a modo de determinar el avance durante las 15 sesiones, utilizándose en tres diferentes momentos: Pretest, seguimiento y Posttest; y una para la madre y la hermana aplicándose al inicio y al final de la intervención.

A continuación, se presentarán las listas de cotejo del paciente y sus familiares:

**Tabla 26**

*Lista de cotejo del paciente*

Acciones	Frecuencia de logro		
	Pocas veces (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de las veces (3)
1. Asiste a las sesiones programadas en tiempo y forma			
2. Disminuye pesadillas y flashbacks sobre la hospitalización/tratamiento			
3. Ingresa a los ambientes hospitalarios sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares			
4. Participa de los procedimientos médicos solo, sin llorar, gritar o			

agredir al personal médico o a sus familiares

5. Verbaliza sus emociones frente a los procedimientos médicos
6. Reconoce emociones básicas cómo la alegría, tristeza, enojo y miedo
7. Identifica las emociones en su cuerpo, como y cuando las siente
8. Verbaliza lo que necesita en momentos de angustia
9. Interioriza recursos para transitar el miedo
10. Interioriza estrategias de respiración y calma
11. Hace uso de autoinstrucciones
12. Realiza tareas en casa sin objetar
13. Disminuye los llantos y agresiones hacia sus familiares en casa
14. Mantiene una rutina de sueño adecuada
15. Se integra con otros miembros de la familia de forma adecuada

---

*Nota:* Elaboración propia.

**Tabla 27***Lista de cotejo de las familiares*

Acciones	Frecuencia de logro		
	Pocas veces (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de las veces (3)
1. Asisten a las sesiones programadas en tiempo y forma			
2. Identifican las emociones y necesidades del paciente en todo momento			
3. Identifican sus propias emociones en todo momento			
4. Logran expresar sus emociones sin juicio y de forma asertiva			
5. Validan las emociones del paciente			
6. Validan sus propias emociones			
7. Acompañan y contienen al paciente de manera adecuada durante los procedimientos médicos			
8. Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (economía de fichas)			
9. Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (silla de la reflexión)			
10. Aumentan espacios personales en sus vidas propias			
11. Fomentan espacios de compartir con el paciente y los demás familiares			

*Nota:* Elaboración propia.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el presente trabajo, se tomaron en consideración los siguientes principios: el de confidencialidad, ya que con el fin de proteger los datos personales del paciente se le otorgó un nombre ficticio para el desarrollo del caso. Así también, se hizo valer el principio de la autonomía, ya que se contó con el consentimiento de los padres y el asentimiento del paciente para la realización de la intervención, detallando los pasos a seguir en la misma. En cuanto al principio de beneficencia y no maleficencia, se comprobó que la intervención fue beneficiosa para el menor y sus familiares, disminuyendo su sintomatología ansiosa y otorgándoles estrategias para el manejo emocional y conductual.

## **.CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

### **Descripción de los resultados**

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos tanto de los instrumentos utilizados para el establecimiento del diagnóstico como las listas de cotejo utilizadas para evaluar la eficacia del presente plan de intervención.

Cómo se explicó en la página 64, en el apartado de formulación del caso y presunción diagnóstica, se aplicaron 2 instrumentos psicométricos, los cuales fueron administrados en 2 momentos: antes de iniciar la intervención (Pre test) y al finalizar la intervención (Post test). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

### **Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad**

En el pretest, David obtuvo una puntuación de 30, lo que reflejó un nivel muy marcado de ansiedad, la cual se manifestaba a través de conductas desadaptativas. Tras la intervención psicológica, en el post test se observó una disminución significativa en la puntuación, alcanzando una puntuación de 9, la cual significa que tiene un nivel de ansiedad leve. Esta reducción del 40.38% sugiere una mejora notable en los comportamientos relacionados con la ansiedad, lo cual es indicativo de la efectividad de la intervención en el manejo de los síntomas de ansiedad vinculados al TEPT.

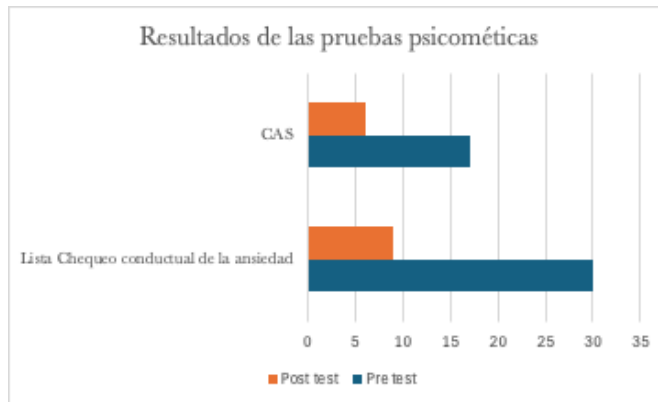
### **Cuestionario de Ansiedad Infantil**

En el pretest, el paciente obtuvo una puntuación de 17, lo que lo ubicaba en el centil 99%, reflejando un nivel extremadamente alto de ansiedad. Sin embargo, después de la intervención, en el post test, la puntuación descendió a 6, situándose en el centil 27%. Esta disminución del 72% en la puntuación indica una notable

reducción en la intensidad de los síntomas de ansiedad, lo cual está alineado con la mejora observada en el manejo del TEPT tras la intervención psicológica.

### Figura 5

#### Resultados de las pruebas psicométricas



Nota. Elaboración Propia

Tal y cómo se muestra en la figura 5, estos resultados responden al **objetivo general** de la intervención, el cuál es *“Implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.”* al disminuir cada puntaje en un 40.38% en la Lista de Chequeo Conductual de la ansiedad y 72% en el Cuestionario de Ansiedad infantil. Evidenciando que el plan de intervención aplicado resultó en una mejora significativa en la reducción de la sintomatología ansiosa, tanto en su manifestación conductual como en su intensidad general, y que las técnicas y enfoques utilizados presentan resultados favorables en un caso de un paciente oncológico con trastorno de estrés postraumático.

Ahora bien, con el objetivo de medir cualitativamente los resultados de la intervención, se utilizaron 2 listas de cotejo: la primera, de 14 ítems, fue aplicada al paciente. Esta fue administrada en 3 momentos: al inicio de la intervención (Pre

test), en la sesión 6 (Seguimiento) y al finalizar la intervención (Post test). La segunda lista de 11 ítems fue aplicada a las familiares del paciente en 2 momentos: al iniciar la intervención y al finalizar la intervención con el paciente (Pre y Post test).

Ambas listas tuvieron una escala de puntuación Likert, divididas en tres categorías con puntuaciones específicas, definidas en la siguiente tabla:

**Tabla 28**

*Puntuación de las listas de cotejo*

<b>Frecuencia de Logro</b>	<b>Puntuación</b>
Pocas veces	1
Algunas veces	2
La mayoría de las veces	3

*Nota:* Elaboración propia.

A continuación, en las siguientes tablas y figuras, se presentan puntuaciones de listas de cotejo generales, las cuales se irán desarrollando posteriormente en base a los objetivos.

**Tabla 29***Puntuación general de la lista de cotejo del paciente*

Acciones	Resultados								
	Pre - Test			Seguimiento			Pos - Test		
	Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro		
	Pocas veces (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de las veces (3)	Pocas veces (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de las veces (3)	Pocas veces (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de las veces (3)
1. Asiste a las sesiones programadas en tiempo y forma	X					X			X
2. Disminuye pesadillas y flashbacks sobre la hospitalización/tratamiento	X				X				X
3. Ingresa a los ambientes hospitalarios sin manifestar sintomatología ansiosa	X				X				X
4. Participa de los procedimientos médicos solo, sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares	X				X				X
5. Verbaliza sus emociones frente a los procedimientos médicos	X				X				X

6. Reconoce emociones básicas cómo la alegría, tristeza, enojo y miedo		X		X		X
7. Identifica las emociones en su cuerpo, como y cuando las siente	X			X		X
8. Verbaliza lo que necesita en momentos de angustia	X		X			X
9. Interioriza recursos para transitar el miedo	X		X			X
10. Interioriza estrategias de respiración y calma	X			X		X
11. Hace uso de autoinstrucciones	X			X		X
12. Realiza tareas en casa sin objetar	X			X		X
13. Disminuye los llantos y agresiones hacia sus familiares en casa	X			X		X
14. Mantiene una rutina de sueño adecuada	X		X			X

15. Se integra con otros miembros de la familia de forma adecuada

X

X

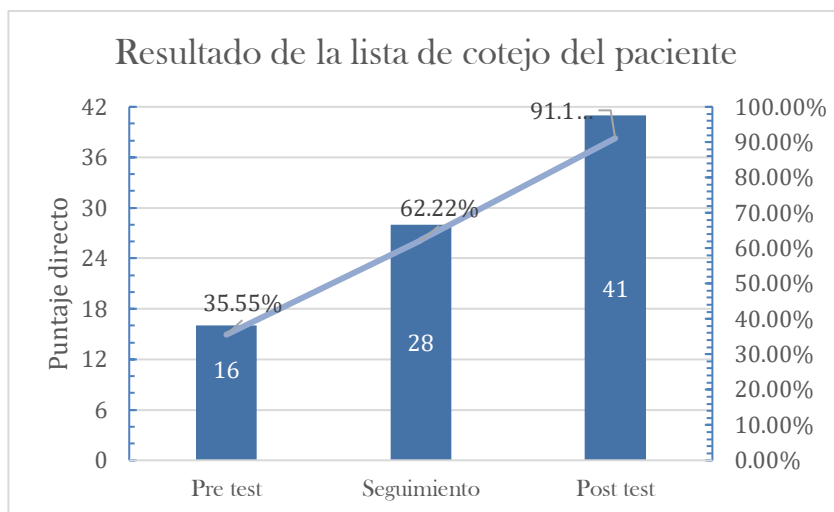
X

<b>TOTAL</b>	<b>PD</b>	<b>%</b>	<b>PD</b>	<b>%</b>	<b>PD</b>	<b>%</b>
	<b>16</b>	<b>35.55%</b>	<b>28</b>	<b>62.22%</b>	<b>41</b>	<b>91.11%</b>
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos - Test)</b>			<b>25 (55.55%)</b>			

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 45.

**Figura 6**

*Gráfico de la lista de cotejo del paciente*



*Nota:* Elaboración propia.

La tabla 29 muestra los resultados obtenidos en el Pre test, seguimiento y Post test del paciente. En ella se puede observar que antes de iniciar la intervención, el paciente obtuvo una puntuación directa de 16 puntos, lo que equivale a un 35,55% de la puntuación máxima esperada, sin embargo, para la sesión de seguimiento, el paciente adquirió un puntaje de 28 puntos, lo que porcentualmente representa un 62,22% y finalmente, tras la intervención, consiguió una puntuación de 41 puntos, que equivale a un 91.11% de la puntuación.

El aumento significativo de las puntuaciones directas, tal y cómo se ven en la figura 6, nos permiten concluir que la intervención fue efectiva para el paciente, ya que existe una diferencia del 55.55% entre el pre y el post test.

Adicionalmente, como parte del objetivo general de reducir la sintomatología del TEPT, se evaluó la frecuencia de pesadillas y flashbacks mediante la lista de cotejo del paciente (ítem 2). En el pre-test, estos síntomas ocurrían 'pocas veces', sin embargo, en el post-test se registraron 'la mayoría de las

veces', lo que refleja una disminución del 70% en su frecuencia. Este resultado corrobora la efectividad de la intervención no solo en la ansiedad medida cuantitativamente, sino también en los síntomas intrusivos característicos del TEPT

**Tabla 30**

*Puntuación de la lista de cotejo de las familiares*

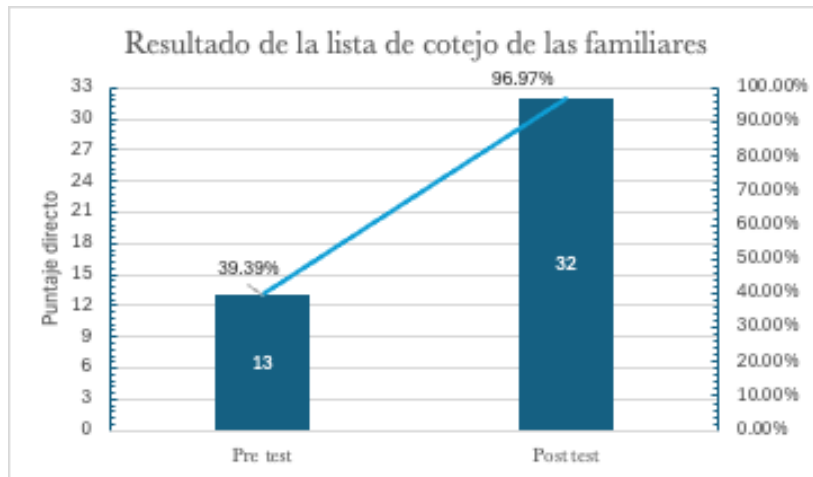
Acciones	Resultados					
	Pre - Test			Pos - Test		
	Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro		
	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>
1. Asisten a las sesiones programadas en tiempo y forma	X					X
2. Identifican las emociones y necesidades del paciente en todo momento		X				X
3. Identifican sus propias emociones en todo momento	X					X
4. Logran expresar sus emociones sin juicio y de forma asertiva	X					X
5. Validan las emociones del paciente		X				X
6. Validan sus propias emociones	X					X
7. Acompañan y contienen al paciente de manera adecuada durante los procedimientos médicos	X					X

8. Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (economía de fichas)	X			X
9. Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (silla de la reflexión)	X		X	
10. Aumentan espacios personales en sus vidas propias	X			X
11. Fomentan espacios de compartir con el paciente y los demás familiares	X			X
<b>TOTAL</b>	<b>PD</b> <b>13</b>	<b>%</b> <b>39.39 %</b>	<b>PD</b> <b>32</b>	<b>%</b> <b>96.97 %</b>
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos - Test)</b>		<b>57.58%</b>		

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 33.

**Figura 7**

*Gráfico de la lista de cotejo de las familiares*



*Nota:* Elaboración propia.

La tabla 30 muestra los resultados obtenidos en el Pre y Post test de las familiares del paciente. En ella se puede observar que antes de iniciar la intervención, las familiares adquirieron una puntuación directa de 13 puntos, lo que equivale a un 39,39% de la puntuación máxima esperada, no obstante, tras la intervención, consiguieron una puntuación de 32 puntos, que equivale a un 96.67% de la puntuación.

El aumento significativo de las puntuaciones directas, tal y cómo se ven en la figura 7, nos permiten concluir que la intervención también fue efectiva para las familiares del paciente, ya que existe una diferencia del 57,58% entre el pre y el post test.

**Tabla 31**

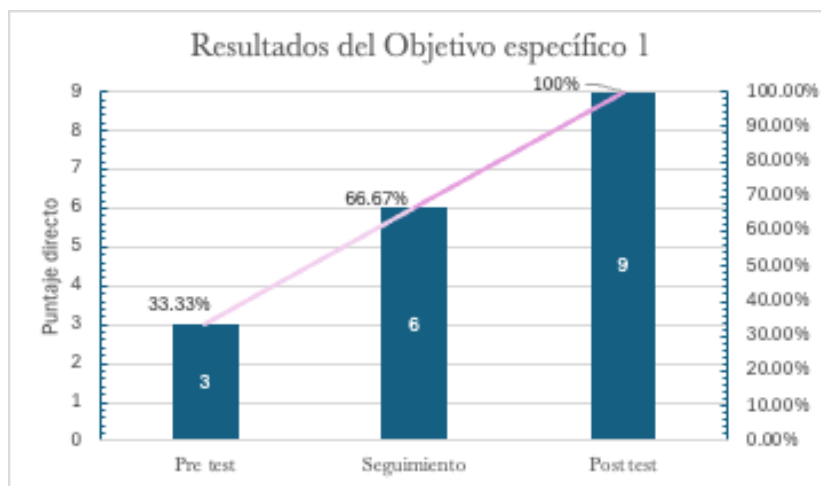
*Resultados del objetivo específico 1*

<b>Objetivo</b>		Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.								
<b>Acciones</b>	<b>Resultados</b>									
	<b>Pre - Test</b>			<b>Seguimiento</b>			<b>Pos - Test</b>			
	Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro			
	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	
3. Ingres a los ambientes hospitalarios sin manifestar sintomatología ansiosa	X				X				X	
4. Participa de los procedimientos médicos solo, sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares	X				X				X	
5. Verbaliza sus emociones frente a los procedimientos médicos	X				X				X	
<b>TOTAL</b>	<b>PD 3</b>	<b>% 33.33%</b>		<b>PD 6</b>	<b>% 66.67%</b>		<b>PD 9</b>	<b>% 100%</b>		
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos - Test)</b>				<b>6 (66.67%)</b>						

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 9

**Figura 8**

*Resultados del objetivo específico 1*



*Nota:* Elaboración propia.

Ahora bien, el **objetivo específico 1**, el cual es “Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.” Se consideraron pertinentes los ítems (3) Ingresa a los ambientes hospitalarios sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares, (4) Participa de los procedimientos médicos solo, sin llorar, gritar o agredir al personal médico o a sus familiares y (5) Verbaliza sus emociones frente a los procedimientos médicos.

Según lo descrito en la tabla 31 se puede observar que en el pre test el paciente obtuvo un puntaje porcentual del 33.33%, mientras que en el seguimiento un 66.67% y finalmente en el post test alcanzó un 100%. Observándose gráficamente, en la figura 8 un incremento porcentual del 66.67%.

Así mismo, mediante la observación directa, y el acompañamiento a 4 procedimientos médicos de radioterapia, el paciente logró tolerar de manera adecuada 3 de ellos, simbolizando el 75% de los procedimientos médicos llevados

a cabo durante la intervención, sin manifestar conductas violentas y utilizando diversas estrategias cómo las autoinstrucciones, técnicas de respiración y el roleplay. Por lo que se concluye que el objetivo específico 1 fue cumplido satisfactoriamente.

**Tabla 32**

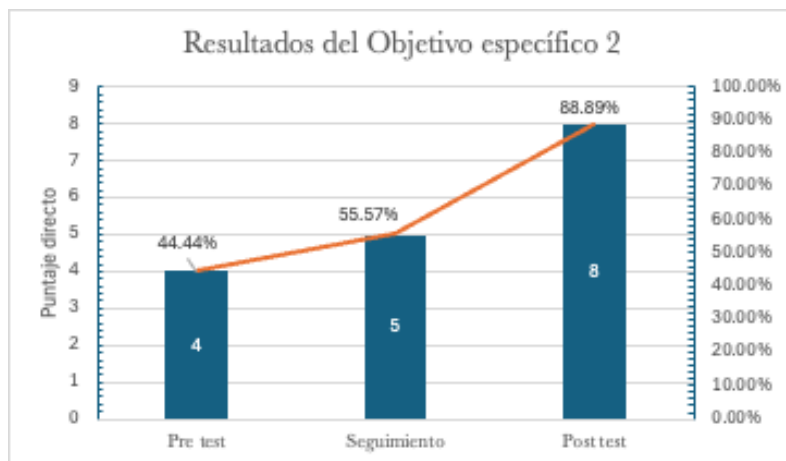
*Resultados del objetivo específico 2*

<b>Objetivo</b>	Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer.									
	<b>Acciones</b>	<b>Resultados</b>								
		<b>Pre - Test</b>			<b>Seguimiento</b>			<b>Pos - Test</b>		
		Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro		
<i>Pocas veces (1)</i>		<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	
6. Reconoce emociones básicas cómo la alegría, tristeza, enojo y miedo		X			X				X	
7. Identifica las emociones en su cuerpo, como y cuando las siente	X				X				X	
8. Verbaliza lo que necesita en momentos de angustia	X			X			X			
<b>TOTAL</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>	
		4	44.44%		5	55.57%		8	88.89%	
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos -Test)</b>					<b>4 (44.44%)</b>					

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 9

**Figura 9**

*Resultados del objetivo específico 2*



*Nota:* Elaboración propia.

En cuanto al **objetivo específico 2**: “Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer” Se consideraron pertinentes los ítems (6) Reconoce emociones básicas cómo la alegría, tristeza, enojo y miedo, (7) Identifica las emociones en su cuerpo, como y cuando las siente y (8) Verbaliza lo que necesita en momentos de angustia.

En la misma línea, la tabla 32 muestra un puntaje porcentual del 44.44% en el pre test, un 55.57% en el seguimiento y un 88.89% en el postest, evidenciando un incremento porcentual del 44.44%, el cual se ve graficado en la figura 9.

Además, el paciente utilizaba dibujos de caras o verbalizaciones tales cómo “me siento enojado, tengo miedo, estoy feliz” en 11 de las 15 sesiones que se tuvieron, representando un 73.33% de la totalidad de las sesiones, por lo que se deduce que el segundo objetivo se cumplió el paciente poder identificar sus emociones básicas y las necesidades que estas significan, de manera en la que pueda autorregularse emocionalmente

**Tabla 33**

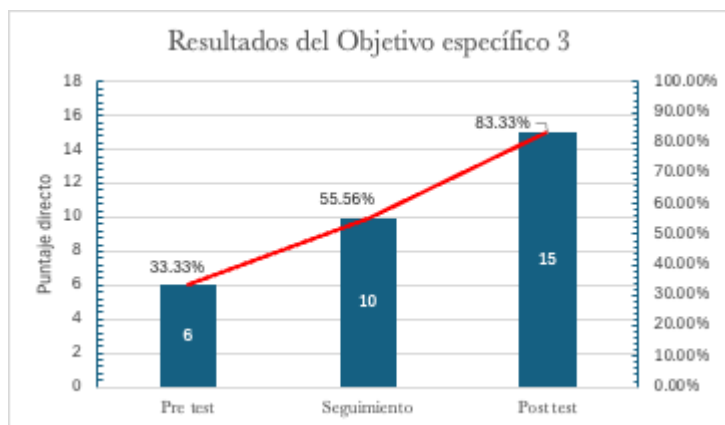
*Resultados del objetivo específico 3*

<b>Objetivo</b>	Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer.								
<b>Acciones</b>	<b>Resultados</b>								
	<b>Pre - Test</b>			<b>Seguimiento</b>			<b>Pos - Test</b>		
	Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro		
	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>
9. Interioriza recursos para transitar el miedo	X			X				X	
10. Interioriza estrategias de respiración y calma	X				X				X
11. Hace uso de autoinstrucciones	X				X				X
12. Realiza tareas en casa sin objetar	X				X			X	
13. Disminuye los llantos y agresiones hacia sus familiares en casa	X				X				X
14. Mantiene una rutina de sueño adecuada	X			X				X	
<b>TOTAL</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>
		<b>6</b>	<b>33.33%</b>		<b>10</b>	<b>55.56%</b>		<b>15</b>	<b>83.33%</b>
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos - Test)</b>				<b>9 (50%)</b>					

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 18

**Figura 10**

*Resultados del objetivo específico 3*



*Nota:* Elaboración propia.

Continuando con el **objetivo específico 3** que busca el “Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer.”. Se tomaron en cuenta los siguientes ítems de la lista de cotejo del paciente: (9) Interioriza recursos para transitar el miedo, (10) Interioriza estrategias de respiración y calma, (11) Hace uso de autoinstrucciones, (12) Realiza tareas en casa sin objetar, (13) Disminuye los llantos y agresiones hacia sus familiares en casa y (14) Mantiene una rutina de sueño adecuada.

En la tabla 33 se puede observar que al inicio el paciente no presentaba muchas estrategias de autorregulación emocional y conductual, obteniendo en un inicio el puntaje más bajo en la lista de cotejo, es decir un 33.33%, no obstante, al pasar las sesiones, este porcentaje aumentó al 55.55% ya que se realizó un entrenamiento en técnicas de afrontamiento y contención en ambos ambientes, logrando que en el post test alcance una puntuación de 83.33%, lo cual nos da una variación del 50.

A esto se suma el uso de la economía de fichas con el fin de aumentar las conductas adaptativas en casa. Esta técnica se llevó a cabo desde la sesión 3 a la 11,

y fue dividida en 3 etapas, de manera en la que se pudieran ir incorporando poco a poco más conductas apropiadas en casa. Las etapas se definieron de la siguiente manera: la primera se dio de la sesión 3<sup>o</sup> a la 5<sup>o</sup>, y en ella se plantearon 5 metas, la segunda fue de la 6<sup>o</sup> a la 8<sup>o</sup> sesión, donde se previeron 6 metas y finalmente la última etapa se llevó a cabo de la 9<sup>o</sup> a la 11<sup>o</sup> sesión donde se establecieron 7 objetivos. A continuación, en la tabla 34 se mostrarán las puntuaciones obtenidas por el paciente en cada sesión.

**Tabla 34**

*Resultados de la economía de fichas*

Sesiones	Primera Etapa <i>Puntaje máximo de 35 por semana</i>			Segunda Etapa <i>Puntaje máximo de 42 por semana</i>			Tercera Etapa <i>Puntaje máximo de 49 por semana</i>		
	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
<b>PD</b>	10	20	26	34	39	41	43	39	45
<b>%</b>	28.57 %	57.14 %	74.29 %	80.95%	92.86 %	97.62 %	87.76 %	79.59 %	91.84 %
<b>Variación</b>	45.71 %			16.67 %			4.08 %		
<b>TOTAL DE LA ETAPA</b>	53.33 %			90.48 %			86.39%		

*Nota:* Elaboración propia.

Paralelamente, en las figuras 11 y 12 se muestran los resultados de manera gráfica, permitiéndonos concluir que el paciente pasó por un proceso de adaptación muy rápido a la técnica, sobre todo en la segunda y tercera etapa, en donde consiguió puntajes muy cercanos al puntaje máximo, siendo la segunda etapa donde tuvo un aumento del 90.48% de variación de sus resultados. Asimismo, cabe

destacar que, en las penúltima y última semana, es decir la semana 9 y 10, hubo una recaída conductual evidenciándose en los puntajes obtenidos en esas 2 semanas y en última instancia en el porcentaje total de la etapa (86.39%).

**Figura 11**

*Gráfico de la economía de fichas por semana*



*Nota:* Elaboración propia.

**Figura 12**

*Gráfico de la economía de fichas por etapas*



*Nota:* Elaboración propia.

**Tabla 35**

*Resultados del objetivo específico 4*

<b>Objetivo</b>	Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.					
<b>Acciones</b>	<b>Resultados</b>					
	<b>Pre - Test</b>			<b>Pos - Test</b>		
	Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro		
	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>
2. Identifican las emociones y necesidades del paciente en todo momento		X				X
3. Identifican sus propias emociones en todo momento	X					X
4. Logran expresar sus emociones sin juicio y de forma asertiva	X					X
5. Validan las emociones del paciente		X				X
6. Validan sus propias emociones	X					X
7. Acompañan y contienen al paciente de manera adecuada durante los procedimientos médicos	X					X

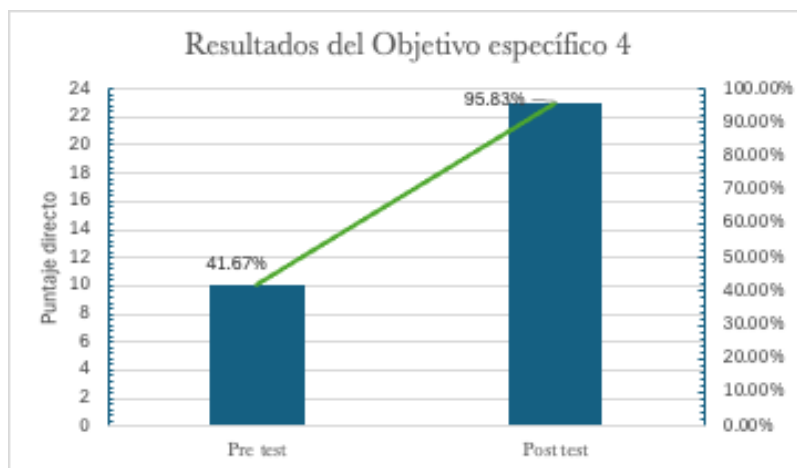
8. Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (economía de fichas)	X			X
9. Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (silla de la reflexión)	X		X	

<b>TOTAL</b>	<b>PD</b>	<b>%</b>	<b>PD</b>	<b>%</b>
	<b>10</b>	<b>41.67 %</b>	<b>23</b>	<b>95.83 %</b>
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos - Test)</b>		<b>9 (54.17%)</b>		

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 24

**Figura 13**

*Resultados del objetivo específico 4*



*Nota:* Elaboración propia.

La tabla 35 y la figura 13 representan los resultados obtenidos para el **objetivo específico 4**, el cual se encarga de “*Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.*” Para responder este objetivo utilizamos la lista de cotejo de las familiares, la cual, cómo se explicó anteriormente fue administrada al inicio y al final de la intervención. Los ítems considerados fueron el (2) Identifican las emociones y necesidades del paciente en todo momento, (3) Identifican sus propias emociones en todo momento, (4) Logran expresar sus emociones sin juicio y de forma asertiva (5) Validan las emociones del paciente, (6) Validan sus propias emociones, (7) Acompañan y contienen al paciente de manera adecuada durante los procedimientos médicos, (9) Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (economía de fichas) y (10) Utilizan estrategias de modificación de conducta correctamente (silla de la reflexión).

Cómo se puede observar, en el pretest las familiares obtuvieron un puntaje porcentual del 41.67% y tras la intervención lograron alcanzar un puntaje de 95.8%, dándonos una variación del 54.17%. Asimismo, cabe destacar que dentro de los indicadores que más les costaron fue el número 4 y 6, ya que en un inicio manifestaban sentimientos de culpa y miedo que no fueron procesados adecuadamente y que provocaban un refuerzo en las conductas del paciente, sin embargo, tras las sesiones y el acompañamiento lograron reconocer esos sentimientos y conductas y autorregularse.

Por su parte, tras las sesiones de psicoeducación las familiares pudieron manifestar de manera más acertada sus emociones, esto viéndose reflejado en sus diarios emocionales, así mismo, al realizar el Modelo ABC de la conducta, las familiares reconocieron al 100% los síntomas, ya sea las emociones, pensamientos y conductas en el paciente que son derivadas del trastorno de estrés postraumático.

**Tabla 36**

*Resultados del objetivo específico 5*

<b>Objetivo</b>	Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático.					
	<b>Resultados</b>					
	<b>Pre - Test</b>			<b>Pos - Test</b>		
	Frecuencia de Logro			Frecuencia de Logro		
<b>Acciones</b>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>	<i>Pocas veces (1)</i>	<i>Algunas veces (2)</i>	<i>La mayoría de las veces (3)</i>
15. (Px) Se integra con otros miembros de la familia de forma adecuada	X					X
10. Aumentan espacios personales en sus vidas propias	X					X
11. Fomentan espacios de compartir con el paciente y los demás familiares	X					X
<b>TOTAL</b>	<b>PD</b>	<b>%</b>		<b>PD</b>	<b>%</b>	
	<b>3</b>	<b>33.33 %</b>		<b>9</b>	<b>100 %</b>	
<b>VARIACIÓN % (Pre - Test vs Pos - Test)</b>			<b>6 (66.67%)</b>			

*Nota:* Elaboración propia. Puntuación máxima 9

**Figura 14**

*Resultados del objetivo específico 5*



*Nota:* Elaboración propia.

En la figura 14 y la tabla 36 se detallan los resultados obtenidos del **objetivo específico 5** “*Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático.*” Para poder obtener dichos resultados se tomó en consideración el ítem 14 de la lista de cotejo del paciente, el cual es (14) Se integra con otros miembros de la familia de forma adecuada; y los 2 últimos ítems de la lista de cotejo de las familiares: (10) Aumentan espacios personales en sus vidas propias y (11) Fomentan espacios de compartir con el paciente y los demás familiares.

Antes de iniciar el plan de intervención consiguieron un puntaje porcentual de 33.33% y al aplicar el Postest, se evidenció un incremento significativo en el puntaje porcentual, alcanzando este el 100%. Finalmente, en cuanto a la variación porcentual correspondiente al inicio y al final del plan de intervención, se evidenció un incremento del 66.67% lo cual quiere decir que la familia logró incorporar conductas de autocuidado adecuadas.

## **Análisis y discusión**

Los resultados obtenidos en la presente investigación respaldan de manera significativa el cumplimiento del objetivo general: *“Implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer”*. Se evidenció una disminución considerable en los síntomas ansiosos derivados del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el paciente, lo que confirma la efectividad del plan de intervención y el cumplimiento satisfactorio de los indicadores de logro tanto en el paciente como en su familia.

Estos hallazgos coinciden con los resultados de Fernández Jara (2022), quien validó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la reducción de la sintomatología de TEPT en una paciente. De manera similar, Mateo Suárez (2022) evidenció que la intervención cognitivo-conductual resultó efectiva en un paciente con diagnóstico oncológico y sintomatología ansiosa, facilitando su adaptación al tratamiento y reduciendo su sintomatología.

Pollio y Deblinger (2017) en su artículo destacan nueve consideraciones clínicas pertinentes al tratar trastornos asociados con el trauma desde la terapia cognitivo conductual, tales como el estilo de crianza, la psicoeducación, la relajación, la modulación y expresión emocional, el afrontamiento cognitivo, la narración y procesamiento del trauma, desensibilización sistemática, sesiones conjuntas entre padres e hijo y mejorar la seguridad y el desarrollo futuro. En la presente intervención, todas estas estrategias fueron implementadas, tanto en las sesiones terapéuticas como en el acompañamiento del niño durante los procedimientos médicos. Cabe resaltar que estos autores enfatizan el uso del *role*

*play* y el juego como herramientas clave en el abordaje del trauma infantil, estrategias que también fueron aplicadas con éxito en el caso del paciente. La integración de diversas estrategias propias de la TCC en este plan de intervención permitió abordar de manera holística tanto los aspectos emocionales como los conductuales del paciente relacionados con el TEPT. La notable reducción de los síntomas ansiosos en el paciente no solo confirma la efectividad de estas técnicas, sino que también resalta la importancia de un abordaje multidimensional en el tratamiento de traumas en niños. El éxito de la intervención se debe, en gran medida, a la capacidad de combinar intervenciones individualizadas con estrategias familiares, las cuales se detallan más adelante. Este enfoque facilitó la reconstrucción de patrones de respuesta emocional y conductual que estaban alterados por la experiencia traumática asociada al diagnóstico de cáncer.

En cuanto al primer objetivo específico “*Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer*”, los resultados evidenciaron una mejora significativa en cuanto a la sintomatología ansiosa, encontrándose una disminución del 40.38% y el 72% en la lista de chequeo conductual de la ansiedad y el cuestionario de ansiedad infantil, respectivamente. Esto afirma que la sintomatología manifestada por el paciente estaba directamente relacionada con su capacidad de enfrentar su enfermedad.

Estos resultados son respaldados por Barroso-Fontanals et al. (2024), en un artículo realizado en Cuba, en la cual exponen que los niños al enterarse de su diagnóstico oncológico experimentan mayores niveles de ansiedad, dependencia, llantos y problemas de sueño, todo esto manifestando a través del miedo de

separarse de sus padres y miedo del entorno hospitalario. Más aún, los niños más pequeños, muestran comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal, e incluso ansiedad anticipatoria ante los procedimientos médicos, lo que dificulta su adaptación al entorno hospitalario y por lo tanto su adherencia al tratamiento.

De manera similar, Al-Saadi et al. (2024) en Omán, respaldan estas afirmaciones, al postular que los pacientes omaníes recientemente diagnosticados con cáncer exhiben una alta prevalencia de ansiedad, depresión y TEPT a lo largo del tiempo. No obstante, estos resultados son refutados por Peng et al. (2024) en China, argumentando que la prevalencia de TEPT en niños hospitalizados con cáncer es baja, lo que sugiere la influencia de factores contextuales y culturales en la respuesta emocional de los pacientes.

La notable reducción de la sintomatología ansiosa en el paciente sugiere que la intervención logró no solo mitigar el miedo y la ansiedad ante el ambiente hospitalario, sino también mejorar su capacidad para enfrentar los procedimientos médicos, lo cual es fundamental para la adherencia al tratamiento. Este éxito se debe a la implementación de técnicas terapéuticas que permiten una mayor comprensión del entorno y fortalecen las estrategias de afrontamiento del niño, ayudándolo a regular sus emociones en situaciones estresantes. Además, la evidencia respalda que, al disminuir la ansiedad, se mejora la capacidad del paciente para adaptarse y responder positivamente al tratamiento oncológico. La diferencia en los hallazgos entre diversas investigaciones (como la discrepancia entre los estudios de Al-Saadi et al. y Peng et al.) resalta la importancia de considerar variables contextuales y culturales que pueden modular la respuesta emocional de

cada paciente. Estos resultados subrayan la necesidad de intervenciones personalizadas y multidimensionales, que aborden tanto los aspectos emocionales individuales del paciente como las influencias del entorno, permitiendo así una mejora integral en su bienestar y en la efectividad del tratamiento.

De acuerdo con el segundo objetivo específico, “*Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer*”, se concluye que este fue logrado satisfactoriamente al cumplir con todos los indicadores de logro del objetivo e incrementar el porcentaje de la lista de cotejo en un 44.44%. Lo que implica que el paciente logró reconocer, identificar y nombrar sus emociones no solo en situaciones cotidianas, sino que también en situaciones altamente estresantes para él cómo lo son los procedimientos médicos. Así mismo, tras reconocerlos pudo aprender a autorregularse y manifestar sus emociones de manera saludable. Todo esto es respaldado por Yélamos y Fernández (2a. C.), quienes en su artículo enfatizan la importancia de atender las necesidades emocionales de los pacientes oncológicos para potenciar su bienestar psicológico a lo largo del proceso de tratamiento.

La mejora en la regulación emocional del paciente refleja la eficacia de las estrategias implementadas en la intervención, que combinaron técnicas de autoconocimiento, autorregulación y apoyo emocional. La notable progresión en el manejo de sus emociones sugiere que el proceso terapéutico no solo le permitió identificar sus sentimientos en situaciones de alta tensión, sino también desarrollar mecanismos saludables para gestionarlos. Este resultado se debe a la integración de intervenciones individualizadas que favorecen la internalización de habilidades emocionales, sumado al papel crucial de la familia y del entorno terapéutico en la

validación y fortalecimiento de estas conductas. En definitiva, la experiencia del paciente respalda la importancia de diseñar intervenciones centradas en el desarrollo emocional, lo que resulta esencial para afrontar los desafíos que plantea el tratamiento oncológico y el TEPT en la infancia.

En cuanto al tercer objetivo específico *“Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer”*, se observó un incremento del 50% de conductas adaptativas desde el inicio de la hasta de la intervención, evidenciando una mejora significativa en la autorregulación del paciente a nivel conductual en su hogar y en el entorno hospitalario. Para lograr estos resultados se usaron diversas técnicas como la psicoeducación, el entrenamiento en autoinstrucciones, técnicas de relajación y respiración, entrenamiento en técnicas de afrontamiento, meditación guiada y uso de reforzadores positivos. Estos enfoques coinciden con los señalados por Fernández Jara (2022), Curioso Escobar (2021) y Barroso-Fontanals et al. (2024), ya que sostienen que dentro de las técnicas más utilizadas y efectivas en la TCC dirigida a la sintomatología ansiosa en niños, se encuentra la psicoeducación, relajación y respiración, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, la imaginación de escenas agradables o role play y los refuerzos positivos.

Particularmente, la economía de fichas se mostró altamente efectiva, con una puntuación del 86.39% al finalizar la intervención. Esto se vio manifestado en el paciente a través del incremento de conductas adaptativas en casa, como seguir instrucciones, ordenar sus juguetes, no llorar ni pegar a su hermana, mantener una correcta higiene del sueño, entre otras. Soler et al. (2009) en su artículo científico resalta la importancia del uso de la economía de fichas para reducir conductas

disruptivas en el hogar, puesto que permite muchas conductas de manera simultánea e instaurarlas a largo plazo, mientras que Barroso-Fontanals et al. (2024) sostienen que el uso de reforzadores positivos contribuye significativamente a la reducción de conductas disruptivas en pacientes oncológicos, frente a las intervenciones médicas, facilitando su adherencia al tratamiento.

La mejora observada en las conductas adaptativas del paciente sugiere que la combinación de diversas técnicas terapéuticas fue determinante para favorecer la autorregulación y el manejo adecuado de su comportamiento. En particular, la alta efectividad de la economía de fichas resalta cómo el refuerzo positivo y la estructuración del ambiente familiar pueden transformar patrones conductuales, permitiendo que el niño internalice comportamientos saludables tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar. Se podría concluir que el éxito de la intervención se debe a la integración de un enfoque multidimensional, que no sólo aborda aspectos cognitivos y emocionales a través de la TCC, sino que también involucra activamente al entorno familiar en el proceso de cambio.

En relación con el cuarto objetivo específico, *“Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer.”* se evidenció un incremento del 54.17% en la variación pre-test y post-test, reflejando el compromiso de la familia en la mejora de su calidad de vida y la del paciente, así como también la disposición de aprender sobre el manejo conductual y la autorregulación emocional.

Autores como Barroso-Fontanals et al. (2024) señalan que el diagnóstico de cáncer en niños tiene un impacto directo en los padres y cuidadores de los pacientes,

generando en ellos sentimientos de rabia, dolor, negación, impotencia y culpa por no poder proteger a sus hijos del cáncer; lo que puede derivar en sobreprotección y en el refuerzo de conductas inadecuadas en el niño. Estos resultados también se vieron reflejados en el caso del paciente y sus familiares, quienes, tras el diagnóstico, comenzaron a validar conductas negativas en el niño y dejaron de aplicar consecuencias ante sus actos, a diferencia de cómo manejaban su comportamiento antes del diagnóstico. Esta respuesta, basada en la sobreprotección, es un patrón común en familias de niños con enfermedades crónicas.

En la misma línea, Gómez Gonzales (2020) en su estudio a los padres de pacientes oncológicos descubrió una alta recurrencia de sintomatología TEPT (90%) y de estos, el 45% evidenció una gravedad alta lo que influye en la manera en que afrontan la crianza y el manejo conductual de sus hijos. De manera similar, Peng et al. (2024) hallaron que el 77.3% de los padres de niños hospitalizados por cáncer experimentan TEPT, lo que subraya la necesidad de intervenciones psicológicas dirigidas no solo al paciente, sino también a su familia.

Manay Cuentas y Soto Retto (2022) resaltan la importancia de considerar la estructura familiar en el abordaje psicológico de los niños con cáncer, ya que los cambios en la dinámica familiar pueden afectar directamente la adaptación del niño al tratamiento y su bienestar emocional.

El incremento del 54.17% en la variación pre-test y post-test evidencia que la psicoeducación aplicada a la familia fue crucial para modificar patrones disfuncionales, como la sobreprotección y la validación de conductas negativas que se instauraron tras el diagnóstico. En el caso del paciente, se observó que, previo al

diagnóstico, los familiares establecían límites y consecuencias adecuadas; sin embargo, tras el diagnóstico, se produjo un cambio hacia la validación de comportamientos negativos, lo que dificultaba el manejo emocional del niño. La intervención permitió revertir esta tendencia, haciendo que los cuidadores retomaran prácticas que favorecen la autorregulación y una crianza más estructurada.

Estos resultados reflejan la importancia de abordar la dinámica familiar en el tratamiento del TEPT en niños con cáncer. La evidencia sugiere que cuando la familia reconoce el impacto de sus propias respuestas emocionales y conductuales, pueden establecer un entorno más coherente y de contención, que a su vez mejora la capacidad del niño para enfrentar situaciones estresantes (Vich, 2020). Este enfoque integral, que combina la intervención individual con el trabajo en familia, es fundamental para lograr cambios sostenibles y fortalecer el proceso terapéutico, subrayando la necesidad de futuras investigaciones que profundicen en las interacciones familiares en contextos oncológicos.

Finalmente, en relación con el quinto objetivo específico, *“Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático”*, los resultados reflejaron un incremento del 66.67%, confirmando la capacidad de adaptación familiar y la reducción del riesgo de recaídas emocionales y conductuales. Estos hallazgos concuerdan con las investigaciones de Koutná et al. (2022), quienes sostienen que fortalecer las estrategias de afrontamiento en los cuidadores de niños con

enfermedades crónicas mejora significativamente su bienestar emocional y facilita el proceso de tratamiento del paciente.

El notable incremento en las conductas de autocuidado refleja no solo el compromiso de la familia en adaptarse a la situación, sino también la importancia de brindar a los cuidadores herramientas prácticas para gestionar su propio estrés y, en consecuencia, crear un ambiente de apoyo y contención para el niño. Estos resultados demuestran que cuando la familia refuerza sus estrategias de afrontamiento, se fortalece el autocuidado, lo que es fundamental para prevenir recaídas emocionales y conductuales. Esto confirma que la intervención no solo beneficia al paciente, sino que transforma la dinámica familiar en un sistema resiliente, capaz de afrontar de manera conjunta los desafíos que implica el tratamiento oncológico.

En conclusión, los hallazgos obtenidos reafirman la efectividad de la intervención psicológica basada en la terapia cognitivo-conductual para la reducción de la sintomatología de TEPT en niños con cáncer. Asimismo, destacan la relevancia de involucrar activamente a la familia en el proceso terapéutico, promoviendo la regulación emocional y el autocuidado como pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.

## **CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA**

### **Limitaciones encontradas en el proceso de intervención**

A lo largo de este trabajo de suficiencia profesional, se encontraron diversas limitaciones que influyeron en el desarrollo de la intervención.

Se considera que el tiempo de intervención fue limitado. Considerando que se trabajó bajo los procesos del instituto, la labor con el paciente no pudo prolongarse de forma suficiente para obtener un seguimiento constante a lo largo de su tratamiento y recuperación. Así mismo, hubiera sido pertinente acompañar al paciente en cuanto a la reinserción escolar y los sentimientos que esta situación conlleva.

Además, sería prudente tener una mayor cantidad de sesiones con las familiares sobre todo para acompañar su reincorporación a sus labores cotidianas.

Por otro lado, debido a los antecedentes del paciente, se percibió una clara resistencia inicial hacia los ambientes hospitalarios, cómo los consultorios, incluyendo los de psicología, produjo una demora en el establecimiento del rapport con el paciente, no obstante, al adaptar el acercamiento inicial y el ambiente general de la intervención, se logró generar un buen vínculo hacia la tercera sesión de evaluación.

Cómo siguiente limitación, se observaron algunas dificultades en la aplicación de las estrategias en casa, ya que a pesar del claro compromiso de la madre y la hermana por acudir a las sesiones y aprender de ellas, la sobreprotección, comprensible ante el diagnóstico del niño, a veces interfería en su autonomía, manteniendo ciertas conductas regresivas, como negarse a comer solo o evitar dormir sin compañía; no obstante, poco a poco estas se pudieron aplicar de mejor

manera en casa. En esa misma línea, se considera que una limitación importante es no haber trabajado con el padre del paciente, ya que, a pesar de no estar constantemente con su hijo, cumple un papel importante en su desarrollo emocional.

Seguidamente, se considera que, aunque el equipo médico tenía un compromiso con la salud del niño, su respuesta frente a los comportamientos desadaptativos no siempre favorecía la intervención. Algunos profesionales expresaban frustración frente a la agresividad del paciente, lo que puso de manifiesto la importancia de un trabajo interdisciplinario más intensivo para incorporar tácticas psicológicas en la administración clínica.

Finalmente, se considera cómo una limitante las escasas fuentes de información encontradas al respecto de pacientes oncológicos pediátricos y el TEPT, y por consiguiente su intervención.

### **Impacto a nivel profesional**

La intervención de este caso clínico impactó de manera significativa en la práctica profesional del psicólogo, facilitando el desarrollo de habilidades específicas en el cuidado de pacientes pediátricos con afecciones médicas y psicológicas. Dentro de los aprendizajes más significativos sobresalen:

El desarrollo de la empatía, ya que el trabajar con un niño pequeño con un diagnóstico oncológico severo y fuertes síntomas de trastorno de estrés postraumático y con su familia, requirió una gestión empática, enfocada en validar y normalizar emociones complejas como el temor, la frustración y la tristeza, y al mismo tiempo ayudarlo a autogestionar sus emociones y cambiar sus conductas desadaptativas.

Por otro lado, este trabajo incrementó la creatividad y flexibilidad, al requerir adaptar técnicas, estrategias e incluso el ambiente terapéutico para brindarle al paciente un bienestar completo. Estas técnicas incluyeron actividades como juegos, metáforas de superhéroes y actividades recreativas para lograr el control emocional.

Además, el presente caso permitió tener un trabajo multidisciplinario con médicos, enfermeros y técnicos, promoviendo un diálogo constante de manera en la que se pueda lograr un bienestar integral en el paciente.

### **Impacto en la institución con los resultados hallados**

Los resultados obtenidos durante la intervención tuvieron un impacto positivo en el entorno institucional, especialmente en cuanto al manejo del paciente pediátrico con TEPT en contextos oncológicos:

Primero, se compartieron estrategias específicas con el equipo médico y de enfermería con el fin de manejar las conductas desadaptativas del paciente, así como la integración de rutinas de anticipación preparatoria antes de los procedimientos médicos, el uso de reforzadores positivos y de autoinstrucciones.

Además, la experiencia resaltó la importancia de adoptar un enfoque más centrado en las necesidades emocionales del paciente pediátrico, lo que incentivó al personal a priorizar la empatía y la comunicación en sus interacciones con el niño.

Finalmente, la intervención contribuyó al diseño inicial de pautas para el manejo de pacientes pediátricos con trastornos emocionales asociados al tratamiento médico, fomentando una atención integral y multidisciplinaria.

### **Aporte en el área psicológica y en el contexto**

El trabajo de suficiencia profesional realizado con este caso clínico aporta significativamente a la práctica psicológica y al contexto del manejo de niños con enfermedades crónicas.

Por su lado, el caso proporciona un modelo práctico de intervención para tratar a niños que desarrollan TEPT tras intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones prolongadas y procedimientos médicos complejos. Las estrategias basadas en la terapia cognitivo conductual, el enfoque en el juego, la validación y la autorregulación emocional resultaron efectivas para reducir la sintomatología ansiosa manifestada en malestar emocional y las conductas desadaptativas.

En primer lugar, la intervención resaltó la importancia de trabajar el reconocimiento y manejo emocional del niño frente a situaciones estresantes para él. Lo cual produjo que se generarán en él estrategias de autogestión y autocuidado, reforzando su autoestima y potenciando sus habilidades. Así mismo, al trabajar sobre sus conductas desadaptativas, incrementa su autonomía, reduciendo la sobreprotección familiar que pueden perpetuar conductas desadaptativas.

Además, este caso demuestra cómo el trabajo interdisciplinario es indispensable al trabajar afecciones físicas tan severas, puesto que es sabido que todo diagnóstico oncológico conlleva una fuerte carga emocional, la cual, añadida a diversos factores sociales, económicos, familiares, entre otros, hacen que la intervención psicológica genere un impacto significativo en aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el seguimiento tras la remisión de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo de suficiencia profesional tuvo como objetivo principal *“Implementar un plan de intervención psicológica para reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer”*, el cual fue cumplido satisfactoriamente, ya que tras las sesiones con el paciente y sus familiares, se logró concluir que el paciente disminuyó la sintomatología ansiosa derivada del trastorno de estrés postraumático, la cual se manifestaba a través de malestar emocional y conductas desadaptativas tanto en el hogar como en el instituto.

Así mismo, se respondió de manera favorable cada uno de los objetivos específicos.

En cuanto al primer objetivo específico que buscaba el *“Reducir la sintomatología ansiosa, ante los ambientes hospitalarios y los procedimientos médicos, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer”*, se obtuvieron resultados significativos en las puntuaciones de las pruebas psicométricas, así como también un claro alivio emocional al participar de los procedimientos médicos y consultas de manera adecuada. Todo esto gracias al uso del role play, las técnicas de relajación y afrontamiento, las autoinstrucciones y la preparación anticipatoria.

Con respecto al segundo objetivo específico: *“Fomentar la regulación emocional, relacionada con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer”* este se logró satisfactoriamente ya que David pudo identificar al menos cuatro emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, enojo) en

un contexto hospitalario o del hogar., además de utilizar expresiones verbales y/o dibujos para expresar cómo se siente en al menos el 60% de las sesiones.

Continuando con el tercer objetivo específico, *“Incrementar conductas adaptativas, relacionadas con el trastorno de estrés postraumático de 6 años con un diagnóstico de cáncer”*, de igual modo se logró alcanzar ya que David logró usar estrategias de relajación y control emocional para autorregularse en situaciones estresantes para él, cómo las respiraciones profundas, las autoinstrucciones, las estrategias de la calma, entre otras.

En esa línea, el uso de la economía de fichas y reforzadores positivos contribuyeron de manera significativa en la consecución del presente objetivo específico, ya que mediante ellas se lograron instaurar conductas y rutinas en la vida cotidiana del paciente y a su vez incrementar conductas adaptativas.

Con respecto al cuarto objetivo específico *“Fortalecer las habilidades de la familia para el manejo de la sintomatología ansiosa asociada al el trastorno de estrés postraumático en un niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer”*, se consiguió cumplirlo satisfactoriamente , significando que la madre y hermana lograron comprender a profundidad el diagnóstico físico y mental del paciente y en base a ello pudieron trabajar en conjunto con el área de psicología para la aplicación, seguimiento y evaluación de las técnicas trabajadas en las sesiones. Así mismo, se consideró importante trabajar la psicoeducación en cuanto a sus propias emociones y pensamientos.

Finalmente, en cuanto al quinto objetivo específico: *“Fomentar conductas de autocuidado en la familia de niño de 6 años con un diagnóstico de cáncer y*

*trastorno de estrés postraumático*”, se cumplió favorablemente al implementar conductas de autocuidado semanales para los diversos miembros de la familia.

En suma, se puede concluir que la intervención psicológica de un niño de 6 años con diagnóstico de cáncer y trastorno de estrés postraumático, desde un enfoque cognitivo conductual fue efectivo.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere ampliar la batería de pruebas psicométricas aplicadas hacia unas más específicas al trastorno de estrés postraumático, tal como la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS)
- Se recomienda continuar con el acompañamiento del paciente y su familia durante todo el proceso de la enfermedad, de manera en la que también se los pueda acompañar en el retorno a sus actividades cotidianas una vez que el diagnóstico se encuentre en remisión.
- Se incita a que haya más sesiones con los familiares tanto directos como indirectos del paciente, cómo su papá, sus abuelos y primos, de manera que todos puedan hacer parte del tratamiento.
- Se recomienda instaurar en el instituto un protocolo de intervención multidisciplinaria desde el primer momento que se trata con el paciente. Idealmente este protocolo debería contar con un médico general, un médico especialista, enfermeras, técnicas en enfermería, psicólogos y psiquiatras y un asistente social. De esta manera, todas las áreas del paciente se verán cubiertas: la física, emocional /cognitiva y la social/económica, y de esa manera se le podrá brindar un tratamiento integral.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-TR)* (5th ed.). American Psychiatric Association.  
<https://doi.org/https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750.  
<https://doi.org/10.1037/A0028310>
- Barroso-Fontanals, M. E., Pacios-Dorado, J. L., González-Marrero, A. I., & Sánchez-Callejas, R. A. (2024, 25 octubre). *Atención psicológica en el cáncer infantil*.  
<https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/437>
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobes, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2da ed.). Piramide.
- Cáncer en la niñez y la adolescencia*. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>
- Chung, D., & Chung, D. (2018). The Eight Stages of Psychosocial Protective Development: Developmental Psychology. *Journal of*

- Behavioral and Brain Science*, 8(6), 369–398.  
<https://doi.org/10.4236/JBBS.2018.86024>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Murray, L. K. (2017). Trauma-focused CBT for youth who experience continuous traumatic exposure. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 23(2), 143–152.  
<https://doi.org/10.1037/pac0000249>
- Contini, N., Mejail, S., Caballero, V., Lacunza, B., & Lucero, G. (2021). Adolescentes, escuela y comportamiento agresivo en tiempos de pandemia. Dinámicas y retos. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 32(63 (set-dic)). <https://doi.org/10.33255/3263/1026>
- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (2019). *Applied Behavior Analysis* (3rd ed.). Pearson.
- Cruzado, J. (2013). *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44128/41730>
- David, D., Lynn, S. J., & Ellis, A. (2018). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-91187-0>
- De Meneses, L. M., Das Neves, B. M., Motta, B. B., Azeredo, F., & Quintão, C. C. A. (2023). Life cycle phases: Literature review and new classification proposal for application in healthcare. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 28(5), e23spe5.  
<https://doi.org/10.1590/2177-6709.28.5.E23SPE5>

- Dobson, K., & Dozois, D. (2019). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* (4th ed.). The Guilford Press.
- Dunkley, B. T., Sedge, P. A., Doesburg, S. M., Grodecki, R. J., Jetly, R., Shek, P. N., Taylor, M. J., & Pang, E. W. (2015). Theta, Mental Flexibility, and Post-Traumatic Stress Disorder: Connecting in the Parietal Cortex. *PLOS ONE*, *10*(4), e0123541.  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0123541>
- Dunn, M. J., Rodriguez, E. M., Barnwell, A. S., Grossenbacher, J. C., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B. E. (2011). Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Children With Cancer Within Six Months of Diagnosis. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *31*(2), 176.  
<https://doi.org/10.1037/A0025545>
- Echeburúa, E., & Amor, P. (2024a). Trastornos asociados a traumas y estresores. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (4th ed., Vol. 2). McGraw Hill.
- Echeburúa, E., & Amor, P. (2024b). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. In V. Caballo, I. Salazar, & J. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11*. Editorial Pirámide.
- Ethington, A. T., Spriggs, A. D., Shepley, S. B., & Bausch, M. E. (2021). Behavior skills training for teaching and generalizing self-instruction skills for students with intellectual disability. *Journal of*

*Intellectual Disabilities : JOID*, 26(2), 319–336.

<https://doi.org/10.1177/1744629521995349>

Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2020).

Effects of Super Skills for Life on the social skills of anxious children through video analysis. *Psicothema*, 32(2), 229–236.

<https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2019.240>

Fernandez, A., Dobson, K., & Kazantzis, N. (2021). Cognitive Therapy. In

A. Wenzel (Ed.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (1st ed., Vol. 1). The Guilford Press.

Fernández, V., Martínez, A., Castro, M., Alcántara-López, M., & López-

Soler, C. (2021, 4 enero). *Trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia: cuestiones sobre diagnóstico y evaluación - Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

<https://www.aeppc.net/book/trastorno-por-estres-postraumatico-en-infancia-y-adolescencia-cuestiones-sobre-diagnostico-y-evaluacion/>

Guest. (s. f.). Manual Lista de Chequeo Conductual de La Ansiedad en

Niños - Ida Alarcon - PDFCOFFEE.COM. *pdfcoffee.com*.

<https://pdfcoffee.com/manual-lista-de-chequeo-conductual-de-la-ansiedad-en-nios-ida-alarcon-2-pdf-free.html>

Hagan, C. R., Teesson, M., & Sartor, C. E. (2022). *Posttraumatic stress*

*disorder in childhood and adolescence: Diagnostic distinctions and clinical implications*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,

63(4), 475–488. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13565>

- Hagen, K., & Hjemdal, O. (2023). The cognitive behavioral model in modern practice: From early intervention to transdiagnostic applications. *Clinical Psychology Review, 101*, 102341.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102341>
- Hagen, R., & Hjemdal, O. (2023). Cognitive Behavior Therapy. *Encyclopedia of Human Behavior: Second Edition*, 525–530.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00093-8>
- Hazlett-Stevens, H., & Fruzzetti, A. (2021). Regulation of Physiological Arousal and Emotion. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (1st ed., Vol. 1). The Guilford Press.
- Kennard, B., Hughes, J., & Foxwell, A. (2017). *CBT for Depression in Children and Adolescents*. The Guilford Press.
- Kerchner, R. (s. f.). *More than physical: The Impacts of Childhood Cancers on Mental Health - Pediatric Cancer Research Foundation*. Pediatric Cancer Research Foundation. <https://pcrf-kids.org/2024/09/27/more-than-physical-the-impacts-of-childhood-cancers-on-mental-health/>
- Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2020). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Leahy, R., & Martell, C. (2021). Philosophical and Historical Foundations. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (1st ed., Vol. 1). The Guilford Press.
- Liu, Y., Sun, T., Cai, Y., Zhai, T., Huang, L., Zhang, Q., Wang, C., Chen, H., Huang, X., Li, M., Xia, J., Gu, S., Guo, L., Yang, B., Wu, X.,

- Lu, B., & Zhan, Q. (2023). Clinical characteristics and prognosis of pneumonia-related bloodstream infections in the intensive care unit: a single-center retrospective study. *Frontiers in Public Health, 11*. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1249695/FULL>
- Ljungman, L., Hovén, E., Ljungman, G., Cernvall, M., & Von Essen, L. (2015). Does time heal all wounds? A longitudinal study of the development of posttraumatic stress symptoms in parents of survivors of childhood cancer and bereaved parents. *Psycho-Oncology, 24*(12), 1792–1798. <https://doi.org/10.1002/PON.3856>
- Louis, D. N., Perry, A., Reifenberger, G., von Deimling, A., Figarella-Branger, D., Cavenee, W. K., Ohgaki, H., Wiestler, O. D., Kleihues, P., & Ellison, D. W. (2016). The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathologica, 131*(6), 803–820. <https://doi.org/10.1007/S00401-016-1545-1>
- Makriyianis, H. M., Adams, E. A., Lozano, L. L., Mooney, T. A., Morton, C., & Liss, M. (2019). Psychological inflexibility mediates the relationship between adverse childhood experiences and mental health outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 82–89. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2019.09.007>
- Marchetti, I., Pössel, P., & Koster, E. H. W. (2020). The Architecture of Cognitive Vulnerability to Depressive Symptoms in Adolescence: A Longitudinal Network Analysis Study. *Research on Child and*

*Adolescent Psychopathology*, 49(2), 267.

<https://doi.org/10.1007/S10802-020-00733-5>

Melo, R. (2016). *ESTANDARIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL CAS EN ESCOLARES DE 6 a 8 AÑOS DE LIMA SUR* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú].

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/368/MELO%20JESUS%2C%20ROSA%20PILAR.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Meriem, C., Khaoula, M., Ghizlane, C., Asmaa, M. A., Ahmed, A. O. T., Meriem, C., Khaoula, M., Ghizlane, C., Asmaa, M. A., & Ahmed, A. O. T. (2020). Early Childhood Development (0 - 6 Years Old) from Healthy to Pathologic: A Review of the Literature. *Open Journal of Medical Psychology*, 9(3), 100–122.

<https://doi.org/10.4236/OJMP.2020.93009>

Miltenberger, R. (2020). *Behavior Modification: Principles and Procedures* (7th ed.). Cengage Learning.

Montt, M., & Hermosilla, W. (s. f.). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Scielo*, 39.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272001000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Mu, W., & Dahmouh, H. (2023). Classification and neuroimaging of ependymal tumors. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1181211.

<https://doi.org/10.3389/FPED.2023.1181211/BIBTEX>

- Muñoz, C. P., Nieto, B. B., Méndez, M. J. M., Morillejo, E. A., & Carrique, N. C. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93-101.  
<https://doi.org/10.1016/j.rlp.2014.07.002>
- Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 16.  
<https://doi.org/10.1186/S13030-021-00219-W>
- Nakao, T., Nakagawa, A., Ogawa, S., & Tateno, A. (2021). Cognitive-behavioral therapy for psychiatric disorders: A review of meta-analytic studies. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75(4), 88–101. <https://doi.org/10.1111/pcn.13156>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2021). *Desarrollo Humano* (14th ed.). McGraw Hill.
- Pitillas Salvá, C. (2012). Ayudar al niño con cáncer en lo que necesita. Cuatro usos posibles de la terapia de juego en el campo de la psicooncología pediátrica. *Revista Clinica Contemporanea*.
- Pollio, E., & Deblinger, E. (2017). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for young children: clinical considerations. *European Journal Of Psychotraumatology*, 8(sup7).  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1433929>

Rodríguez, V., Sánchez, C., Rojas, N., & Arteaga, R. (s. f.). *Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer.*

[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822009000400004](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000400004)

Smith, K. A., Ayres, K. A., Alexander, J., Ledford, J. R., Shepley, C., & Shepley, S. B. (2016). Initiation and Generalization of Self-Instructional Skills in Adolescents with Autism and Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1196–1209. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2654-8>

Soler, F., Herrera, J., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). Programa de Economía de fichas en el hogar. *SCIELO*.

Statista. (2024, 5 diciembre). *Países con mayor incidencia de cáncer infantil en el mundo en 2024.*  
<https://es.statista.com/estadisticas/1206545/paises-con-las-tasas-de-cancer-infantil-mas-altas-del-mundo/#statisticContainer>

Tolin, D. (2024). *Doing CBT: A Comprehensive Guide to Working with Behaviors, Thoughts, and Emotions* (2nd ed.). The Guilford Press.

Vally, Z., & Ahmed, K. (2020). Emotion regulation strategies and psychological wellbeing: Examining cognitive reappraisal and expressive suppression in an Emirati college sample. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 38, 27–32.


<https://doi.org/10.1016/J.NPBR.2020.09.001>

Van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., Nathan, P. C., & Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and

- posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(6), e27677.  
<https://doi.org/10.1002/PBC.27677>
- Viaene, A. N. (2023). Pediatric brain tumors: A neuropathologist's approach to the integrated diagnosis. *Frontiers in Pediatrics*, 11.  
<https://doi.org/10.3389/FPED.2023.1143363/FULL>
- Vich, M. R. (2020). *El sistema familiar en el proceso oncológico: una propuesta de programa de intervención psicológica dirigido a población infantojuvenil*. Dialnet.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7466282>
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2a. C.). NECESIDADES EMOCIONALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER. *Paliativos Sin Fronteras*.
- Zhou, X., Lu, Y., Zhu, Y., Zhang, Y., Pu, J., Xu, Y., ... & Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 113–124. <https://doi.org/10.1002/wps.20824>

## ANEXOS

- Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños


**LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS**


Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_  
 Persona Entrevistada: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera como te sientes, piensas y te comportas. Después de cada pregunta puedes ver las palabras: **NUNCA**, **ALGUNAS VECES**, **FRECUENTEMENTE**. Marca con un aspa (X) una de ellas, de acuerdo a como te sientes, piensas o te comportas. Trabaja rápidamente y no demores mucho en cada pregunta. Asegúrate de no dejar de responder cada una de ellas.





















PREGUNTAS	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Estoy intranquilo, preocupado por cualquier motivo			
2. Mi corazón late muy rápido			
3. Tengo cólera para cualquier motivo			
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar			
5. Tengo ganas de forar			
6. Tengo dolores o sensaciones de opresión en el pecho			
7. Tengo pesadillas			
8. Siento miedo a varias cosas			
9. Me siento débil y me canso fácilmente			
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso			
11. Siento que me ahogo			
12. Me altero o me angustio fácilmente			
13. Orino con mucha frecuencia			
14. Tengo dolor de estómago			
15. Tengo náuseas continuamente			
16. Me rechinan los dientes			
17. La cara se me pone roja y caliente			
18. Me muerdo las uñas			
19. Me sudan las manos y los pies			
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista			
21. Tengo más apetito que lo normal			
22. Pienso que me van a pasar cosas malas			
23. Pierdo el apetito que lo normal			
24. Me duele la cabeza constantemente			
25. Los otros niños se burlan de mí aunque no me lo digan			
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudie			

- Cuestionario de ansiedad infantil


**CAS**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Edad:  años    Sexo:  Niño     Niña    Fecha de la aplicación:  /  /   
 Centro:     Curso:

**EMPIEZA AQUÍ**

1. 	6. 	11. 	16. 
2. 	7. 	12. 	17. 
3. 	8. 	13. 	18. 
4. 	9. 	14. 	19. 
5. 	10. 	15. 	20. 

Copyright © 1989, 2011 by TEA Ediciones, S.A. Traducido y adaptado con permiso del propietario original: PPT, Champaign, Illinois, USA, que se reserva todos los derechos. Edita TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción parcial o total. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

- Pautas de higiene del sueño



- Pautas de la calma



- Pautas de la respiración arcoíris



- Pautas de la silla de la reflexión



- Tarjetas de autoinstrucciones



- Economía de fichas



- Pautas de emociones

## EMOCIONES

OBSERVA LAS IMÁGENES Y ESCRIBE LA EMOCIÓN

avergonzado sorprendido enojado confundido feliz  
 asustado triste cansado orgulloso



## Emociones

Dibuja las expresiones para que coincidan con la emoción



## Mi diario de emociones

Este diario pertenece a: \_\_\_\_\_



### Cuando yo siento ENOJO

Estas son las cosas que me hacen sentir enojado(a):

Así es como se ve mi rostro:

Esto es lo que siente mi cuerpo:

Lo apuesto a sentirme enojado es:

Mi rostro cuando me siento así:



Cosas que puedo hacer para sentirme más calmado(a):

### Cuando yo siento **TRISTEZA**



Estas son las cosas que me hacen sentir triste:

Aquí es como se ve mi rostro:

Esto es lo que siente mi cuerpo:

Lo opuesto a sentirme triste es:

Mi rostro cuando me siento así:

»»»

Cosas que puedo hacer para sentirme más animado(a):

### Cuando yo siento **MIEDO**



Estas son las cosas que me hacen sentir asustado(a):

Aquí es como se ve mi rostro:

Esto es lo que siente mi cuerpo:

Lo opuesto a sentirme asustado es:

Mi rostro cuando me siento así:

»»»

Cosas que puedo hacer para sentirme más seguro(a):

- Pautas de semáforo de las emociones

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Semáforo de la solución de problemas

Se nos presentan problemas cada día. Tenemos que pensar acerca de diferentes maneras en que podemos manejar los problemas y tomar decisiones respecto a qué hacer o decir.

Algunos problemas son más fáciles de solucionar para nosotros, y otros pueden ser más difíciles. Los obstáculos, como actuar antes de pensar, permiten que nuestros sentimientos asuman el control, y no ver alguna otra solución, pueden causarnos tomar pobres decisiones y no solucionar nuestro problema.

Esta actividad del semáforo puede ayudarte a pensar respecto a cómo solucionar un problema difícil. Piensa en un problema que podrías tener, y aplica los siguientes pasos.

### Rojo

**Haz una pausa y piensa sobre el problema**

¿Cuál es la situación? ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos?

### Amarillo

**Respira. Ve despacio y arma un plan.**

Con la información que sé, ¿qué podría hacer o decir? ¿Qué decisión voy a tomar a continuación?

### Verde

**Es momento de actuar de acuerdo al plan.**

¿Qué decisión he tomado? ¿Qué consecuencias positivas o negativas podría traer?



### ¡Ahora es tu turno!

Piensa en una situación que requiera de una solución pronta. Luego, describe en las líneas los pasos que seguirás para enfrentarla.

Rojo

Amarillo

Verde