



# Psicología oncológica infantil.

## Módulo III



[www.isfap.com](http://www.isfap.com) · [info@isfap.com](mailto:info@isfap.com)

# TEMA VI. LA ENTREVISTA PSICOONCOLOGÍA Y LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

## Introducción

La enfermedad oncológica en la infancia constituye una experiencia potencialmente traumática que afecta no únicamente al niño, sino también a su familia y a todo su entorno relacional. El diagnóstico de cáncer supone una ruptura brusca de la continuidad vital y genera un elevado impacto emocional, caracterizado por la incertidumbre, el miedo, la percepción de amenaza y la necesidad de adaptación a un proceso médico complejo y prolongado (Kazak, 2006; Alderfer y Kazak, 2006).

En este contexto, la evaluación psicológica y la entrevista psicooncológica se convierten en herramientas fundamentales para comprender las necesidades emocionales, cognitivas y relacionales del niño y de su familia, así como para diseñar intervenciones ajustadas a cada momento del proceso oncológico.

La Psicooncología Infantil concibe al paciente desde una perspectiva biopsicosocial, considerando que la enfermedad oncológica afecta simultáneamente a las dimensiones biológicas, psicológicas, familiares y sociales del menor (Engel, 1977; Holland, 1998).

## I. La entrevista psicooncológica: concepto y objetivos

La entrevista psicooncológica se convierte en una herramienta esencial para comprender la experiencia subjetiva de la enfermedad y para identificar las necesidades psicológicas y emocionales del paciente y de su familia. La entrevista constituye el principal instrumento de evaluación y, al mismo tiempo, uno de los primeros recursos terapéuticos de los que dispone el psicólogo en el ámbito de la Psicooncología (Holland, 1998; Arranz y Cancio, 2003).

La Psicooncología entiende que la adaptación al cáncer depende no solo de las características médicas de la enfermedad, sino también de variables psicológicas, familiares, sociales y culturales (Engel, 1977). Por ello, la entrevista debe contemplar al paciente desde una perspectiva integral y biopsicosocial.

## **I.1. Concepto de entrevista psicooncológica**

La entrevista psicooncológica puede definirse como un proceso de comunicación clínica, sistemático y planificado, dirigido a comprender el impacto psicológico de la enfermedad oncológica, identificar las necesidades emocionales del paciente y de su familia, y orientar la intervención psicológica y psicosocial.



A diferencia de otras entrevistas clínicas, la entrevista psicooncológica se desarrolla en un contexto de elevada vulnerabilidad emocional y se encuentra atravesada por temas, especialmente sensibles, tales como el miedo a la muerte, el sufrimiento físico, la incertidumbre, la pérdida del control, las alteraciones de la

imagen corporal, la dependencia, la separación de los iguales y las pérdidas reales y simbólicas.

Esta es la razón por la que la entrevista no puede limitarse a una mera recogida de información. Desde el primer momento constituye una intervención terapéutica en sí misma.

Es frecuente que los investigadores en esta materia señalen que la posibilidad de hablar de la enfermedad y de ser escuchado de manera empática y comprensiva produce, por sí misma, un importante efecto terapéutico (Rogers, 1957; Holland, 1998).

La entrevista permite construir un espacio de seguridad psicológica en el que el paciente y la familia pueden expresar pensamientos y emociones que en otros espacios no es posible permaneciendo silenciados.

## **I.2. La entrevista como instrumento de evaluación y de intervención**

La entrevista psicooncológica posee una doble función. En primer lugar, constituye un instrumento de evaluación destinado a obtener información en temas tan importantes como el estado emocional, la personalidad, los recursos de afrontamiento, la dinámica familiar, las necesidades psicológicas y los factores de riesgo y de protección.

En segundo lugar, la entrevista constituye un instrumento de intervención porque precipita la expresión emocional, la disminución de la ansiedad, la clarificación de dudas, la reorganización cognitiva de la experiencia, la construcción de significados y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Esta doble función convierte a la entrevista en un lugar central de la práctica clínica en Psicooncología.

### **I.3. Particularidades de la entrevista en Psicooncología Infantil**

Ciertamente, la entrevista psicológica con niños presenta características diferenciales respecto al formato con adultos. La capacidad de comprensión de la enfermedad, la expresión emocional y las estrategias de afrontamiento se articulan fundamentalmente con el nivel evolutivo del menor (Piaget, 1970; Siegel, 1999).

Por lo tanto, deriva que la entrevista se adapte a la edad, al desarrollo cognitivo, a la capacidad simbólica, a las características de personalidad, al estado físico y hasta el momento del proceso oncológico.

Tenemos que considerar que utilizaremos el juego, el dibujo, los cuentos, los materiales proyectivos y las técnicas narrativas; todas ellas técnicas propiamente psicodinámicas

Estos recursos facilitan la expresión emocional y permiten acceder a aspectos del sufrimiento psicológico que el niño todavía no puede verbalizar de manera adecuada (Winnicott, 1971; Axline, 1969).

### **I.4. La entrevista desde el modelo biopsicosocial**

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) revolucionó la comprensión de la enfermedad al señalar que ningún problema médico puede explicarse exclusivamente desde variables biológicas.

La enfermedad oncológica afecta simultáneamente a la dimensión biológica donde podemos observar síntomas físicos, dolor, y los efectos secundarios.

también afecta psicológicamente derivándose ansiedad, depresión, miedo y desesperanza.

Otro de los elementos afectados será la dimensión familiar donde se harán presentes los cambios en los roles, la sobrecarga emocional y, cómo no, los conflictos.

Es obligado atender como afectada a la dimensión social, derivándose el aislamiento, las dificultades escolares, y alcanzando a las alteraciones económicas. Conviene, pues, que la entrevista psicooncológica expone todas estas áreas de funcionamiento.

## **I.5. Objetivos generales de la entrevista psicooncológica**

### **I.5.1. Establecer una alianza terapéutica**

La construcción de una relación de confianza constituye uno de los principales objetivos de la entrevista. Bordin (1979) señaló que la alianza terapéutica constituye uno de los principales predictores de éxito en cualquier intervención psicológica. Conviene que el paciente alcance a percibir que es escuchado y comprendido, que sus emociones son reconocidas y que se desenvuelve en un espacio seguro.

La creación de este vínculo adquiere una importancia extraordinaria en oncología, ya que la enfermedad suele generar sentimientos de vulnerabilidad y desprotección.

### **I.5.2. Comprender el significado subjetivo de la enfermedad**

Cada sujeto vivencia el cáncer de manera diferente. La enfermedad puede ser interpretada desde como una amenaza, a una pérdida, a un castigo, o a una injusticia o desafío hasta ser tomada como una oportunidad de crecimiento (aunque seguramente más de uno pensará que hay otras formas. de crecer más seguras)

Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) señalaron que las creencias que las personas tienen acerca de su enfermedad influyen significativamente en su adaptación psicológica.

La entrevista debe explorar qué piensa el paciente sobre la enfermedad, qué significado le atribuye, cuáles son sus principales preocupaciones y cuáles son sus expectativas.

### **I.5.3. Identificar las necesidades emocionales**

Uno de los objetivos princeps consistirá en detectar el sufrimiento psicológico. ante ello, las reacciones emocionales habituales serán la ansiedad, el miedo, la tristeza, la ira, la culpa, la desesperanza y los síntomas traumáticos.

La entrevista permite valorar la intensidad de estas respuestas y determinar la necesidad de intervención psicológica especializada.

#### **I.5.4. Detectar factores de riesgo y de protección**

La adaptación al cáncer va a depender, en gran medida, de la presencia de determinados factores protectores. Podemos destacar entre ellos el apoyo social, el apoyo familiar, los recursos de afrontamiento, la resiliencia y la capacidad de regulación emocional.



También la entrevista debe identificar los factores de riesgo. Así será importante detectar antecedentes psicopatológicos, conflictos familiares, el aislamiento social, las dificultades económicas, y las experiencias traumáticas previas.

#### **I.5.5. Valorar las estrategias de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1984) señalaron que la manera en que las personas afrontan las situaciones estresantes influye decisivamente en su adaptación psicológica. De ello, se deriva que en la entrevista exploremos cómo afronta el paciente la enfermedad, qué recursos utiliza, las estrategias que le resultan eficaces y cuáles aumentan su malestar.

#### **I.5.6. Evaluar el funcionamiento familiar**

Ya hemos señalado que en oncología pediátrica la enfermedad afecta a todo el sistema familiar (Rolland, 1994). De ello, se deriva que en la entrevista exploremos la comunicación familiar, la cohesión, el apoyo emocional y las estrategias de resolución de problemas, y, finalmente, nos ocupemos de la sobrecarga de los cuidadores. La comprensión del funcionamiento familiar resulta indispensable para diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades de cada familia.

#### **I.5.7. Facilitar la expresión emocional**

La posibilidad de expresar libremente emociones y pensamientos atempera de una manera importante el sufrimiento psicológico. Muchos pacientes y familiares intentan protegerse mutuamente ocultando sus miedos y preocupaciones. De ahí que la entrevista permita legitimar las emociones, apuntar a disminuir el aislamiento, ayudar a favorecer la elaboración emocional y el promover la adaptación.

#### **I.5.8. Orientar la intervención psicológica**

Toda la información obtenida en la entrevista alcanza a establecer objetivos terapéuticos, a planificar la intervención, a priorizar necesidades y a coordinar la atención con el equipo sanitario. Por ello, una vez más, la entrevista se arma como punto de partida de todo el proceso asistencial en Psicooncología.

## **II. La transferencia y la alianza terapéutica en la intervención con niños con cáncer**

### **II.1. La alianza terapéutica en Psicooncología Infantil**

La alianza terapéutica constituye uno de los principales factores de eficacia de cualquier intervención psicológica (Bordin, 1979). En Psicooncología Infantil adquiere una relevancia extraordinaria, ya que el niño y su familia se encuentran inmersos en una situación de elevada vulnerabilidad emocional, marcada por el miedo, la incertidumbre y la sensación de pérdida de control.

La enfermedad oncológica introduce al menor en un mundo desconocido, caracterizado por múltiples procedimientos médicos, separaciones familiares, cambios corporales y experiencias de sufrimiento físico y emocional. En este contexto, la relación con el psicólogo puede convertirse en un importante factor de seguridad y estabilidad emocional.

La alianza terapéutica se construye a partir de tres elementos fundamentales (Bordin, 1979), los siguientes: el establecimiento de un vínculo de confianza, el acuerdo sobre los objetivos de la intervención y la colaboración en las tareas terapéuticas.

En el caso de la Psicooncología Infantil, el establecimiento de la alianza presenta algunas particularidades. En primer lugar, la relación terapéutica se desarrolla habitualmente en un contexto hospitalario, donde el niño ha experimentado múltiples situaciones potencialmente amenazantes. En segundo lugar, el psicólogo suele ser percibido inicialmente como una figura más del equipo sanitario, lo que puede generar desconfianza o temor.

Por ello, resulta determinante que el profesional construya un espacio relacional diferenciado, caracterizado por la disponibilidad emocional, la escucha, reconocimiento de las emociones, respeto al ritmo del niño y la creación de un ambiente de seguridad psicológica.

Rogers (1957) señaló que la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad constituyen condiciones fundamentales para el desarrollo de una relación terapéutica eficaz. Estas actitudes adquieren una importancia aún mayor en el trabajo con niños gravemente enfermos.

La alianza terapéutica permite que el menor experimente la relación con el terapeuta como un espacio protegido en el que el niño puede expresar sus miedos, su tristeza, su rabia, sus fantasías, sus dudas sobre la enfermedad y la muerte.

La existencia de este vínculo facilita la elaboración emocional del sufrimiento y favorece el desarrollo de recursos de afrontamiento más adaptativos.

## **II.2. La transferencia en niños con cáncer**

Desde una perspectiva psicoanalítica, la relación terapéutica se encuentra inevitablemente atravesada por fenómenos transferenciales.

Freud (1912, 1915) definió la transferencia como el proceso mediante el cual el paciente desplaza sobre el terapeuta sentimientos, deseos, fantasías y modos de relación que tienen su origen en experiencias vinculares previas.

En la infancia, la transferencia adquiere características particulares, ya que el niño se encuentra todavía inmerso en un proceso de constitución subjetiva y de dependencia emocional respecto a las figuras de apego.

Anna Freud (1965) señaló que la transferencia infantil suele manifestarse de forma más inmediata y directa que en los adultos, apareciendo frecuentemente a través del juego, de los dibujos, de las fantasías, de las conductas y de las demandas afectivas. De ahí que se desprenda que sean a través de estos instrumentos que podamos utilizarlos en las sesiones terapéuticas.

En el contexto de la enfermedad oncológica, las experiencias de vulnerabilidad y dependencia intensifican la aparición de fenómenos transferenciales. El niño puede depositar en el psicólogo diferentes representaciones inconscientes. Así, el terapeuta puede ser vivido como una figura protectora, una figura parental idealizada, un cuidador capaz de aliviar el sufrimiento, una persona que posee respuestas a todas las preguntas o quizá una figura de seguridad frente a la enfermedad.

Igualmente, también es factible la precipitación de transferencias negativas. Entonces, el terapeuta infantil puede ser experimentado como un miembro más del equipo médico, se puede convertir en una figura persecutoria, alguien que forma parte del mundo hospitalario que provoca dolor o una persona incapaz de evitar el sufrimiento.

Estas reacciones son especialmente frecuentes en niños que han experimentado procedimientos médicos dolorosos, múltiples ingresos hospitalarios, recaídas o experiencias traumáticas relacionadas con la enfermedad.

### **II.2.1. La transferencia y las figuras parentales**

El cáncer infantil suele producir una profunda movilización de las relaciones de apego. Las necesidades de dependencia aumentan y las ansiedades de separación se intensifican.

Debido a ello, el terapeuta puede convertirse en depositario de aspectos relacionados con las figuras parentales; el niño puede revivir en la relación terapéutica experiencias de seguridad, sentimientos de abandono, necesidades de protección, deseos de dependencia y/o temores de pérdida.



Desde la teoría del apego, Bowlby (1969, 1988) señaló que las experiencias tempranas de relación generan modelos internos de funcionamiento que influyen en las relaciones posteriores. Estos modelos también se

ponen en juego dentro de la relación terapéutica. Así, un niño con experiencias tempranas de apego seguro tenderá a establecer relaciones de confianza con mayor facilidad, mientras que los menores con historias de apego inseguro pueden mostrar desconfianza, retraimiento, dependencia excesiva y dificultades para aceptar la ayuda.

### **II.2.2. La transferencia y la enfermedad**

La enfermedad oncológica puede reactivar ansiedades muy primitivas relacionadas con la pérdida, el desamparo, la dependencia, la integridad corporal y la muerte. Estas experiencias están sujetas a poder expresarse transferencialmente.

Winnicott (1965) señaló que, en determinadas situaciones de sufrimiento extremo, el terapeuta debe proporcionar una función de sostén o *holding*, convirtiéndose en un ambiente facilitador que permita al paciente recuperar sentimientos básicos de seguridad.

En Psicooncología Infantil, el psicólogo puede ser vivido como una figura capaz de contener emocionalmente experiencias que resultan difíciles de elaborar. Y en muchos casos, la propia relación terapéutica adquiere un valor reparador.

### **II.2.3. La contratransferencia en el trabajo con niños con cáncer**

La intervención con niños gravemente enfermos moviliza intensamente las emociones del terapeuta. Freud (1910) y posteriormente Heimann (1950) señalaron que las reacciones emocionales del profesional constituyen una importante fuente de información clínica. La variedad de afectos que puede movilizar estas circunstancias en el tratamiento es grande; los profesionales pueden experimentar desde tristeza, impotencia, deseos de sobreprotección, miedo, angustia ante la muerte y sentimientos de injusticia.

También se puede precipitar que el terapeuta puede identificarse excesivamente con el sufrimiento del niño o de los padres, dificultando el mantenimiento de la distancia terapéutica necesaria. Por ello, la supervisión clínica y el trabajo personal del profesional resultan fundamentales en Psicooncología Infantil.

### **II.2.4. Función terapéutica de la transferencia**

La transferencia constituye una extraordinaria oportunidad de comprensión e intervención. La relación terapéutica permite que el niño pueda expresar necesidades emocionales profundas, que elabore experiencias traumáticas, que reconstruya sentimientos de seguridad y que desarrolle nuevas formas de relación.

En este sentido, la transferencia no es un obstáculo, sino uno de los principales instrumentos terapéuticos de la intervención psicológica. Como señaló Winnicott (1971), el espacio terapéutico

puede convertirse en un lugar potencial donde el niño recupere la capacidad de jugar, simbolizar y elaborar experiencias dolorosas.

En el ámbito de la Psicooncología Infantil, la alianza terapéutica y la transferencia constituyen dos pilares fundamentales de la intervención psicológica, ya que permiten transformar una experiencia de profundo sufrimiento y vulnerabilidad en una oportunidad de acompañamiento, comprensión y crecimiento emocional.

### III. Áreas de exploración en la entrevista psicooncológica

La entrevista está llamada a cumplimentar diferentes áreas de evaluación. A continuación, describimos las siguientes:

Historia evolutiva y antecedentes psicológicos. Es importante conocer el desarrollo psicomotor, los antecedentes médicos, los antecedentes psicológicos, las experiencias traumáticas, la historia escolar y las relaciones y dinámicas familiares.

Significado subjetivo de la enfermedad. Se refiere a la manera en que el niño y la familia interpretan el cáncer influye significativamente en la adaptación psicológica (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980).

Conviene que exploremos qué creen que está ocurriendo, cuáles son sus miedos, qué expectativas tienen.

Estado emocional. La valoración emocional incluye la ansiedad, la tristeza, el miedo, la ira y los sentimientos de culpa, la desesperanza, los síntomas traumáticos.

Funcionamiento familiar. Tal como ya hemos señalado, La enfermedad oncológica afecta a todo el sistema familiar (Rolland, 1994). La evaluación respecto de este funcionamiento debe explorar los estilos de comunicación, la cohesión, el apoyo emocional, las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga de los cuidadores.

Funcionamiento escolar y social. Conviene estimar las relaciones con los iguales, la adaptación escolar, el aislamiento social y los cambios en las actividades habituales.

## IV. La evaluación psicológica en Psicooncología infantil

La evaluación psicológica constituye un proceso sistemático destinado a obtener información relevante para la comprensión del funcionamiento emocional y conductual del paciente y de su familia (Fernández-Ballesteros, 2013).

La finalidad de la evaluación no es únicamente diagnóstica, sino también preventiva y de intervención. El objeto de trabajo se centra en detectar necesidades psicológicas, identificar factores de riesgo, valorar recursos de afrontamiento, replantamiento de hipótesis y de tratamiento y monitorizar la evolución del paciente.



### IV.1. Áreas de evaluación psicológica

#### IV.1.1. Ansiedad y depresión

La ansiedad constituye una de las respuestas emocionales más frecuentes durante el proceso oncológico (Kazak et al., 2004). Igualmente es frecuente la

precipitación de síntomas depresivos, de desesperanza, de pérdida de interés y de retraimiento.

#### IV.1.2. Estrés traumático

La experiencia del cáncer tiene una capacidad de movilización psíquica muy alta, ya que tal como el niño elabore, tramite psicológicamente este hecho disruptivo en su vida puede convertirse en una vivencia traumática (Stuber et al., 1997).

Por lo tanto, conviene evaluar la reexperimentación, la evitación, la hipervigilancia y el miedo intenso.

#### IV.1.3. Adaptación al tratamiento

La exploración se dirigirá a evaluar la adherencia, la colaboración, el miedo a procedimientos médicos y a la tolerancia al dolor.

#### **IV.1.4. Calidad de vida**

La evaluación de la calidad de vida constituye un indicador esencial en Psicooncología Infantil (Varni, Burwinkle y Katz, 2002). En ella se incluye el bienestar emocional, el funcionamiento social, el funcionamiento físico y el funcionamiento escolar.

## **V. Técnicas e instrumentos de evaluación**

La evaluación psicológica en Psicooncología Infantil debe ser multimétodo y multiinformante. Las principales herramientas incluyen

- Entrevista clínica.
- Observación conductual.
- Cuestionarios psicométricos.
- Escalas de ansiedad y depresión.
- Medidas de calidad de vida.
- Técnicas proyectivas.
- Técnicas de juego y narrativas.

Las técnicas proyectivas y el juego adquieren una especial relevancia en los niños pequeños, al facilitar el acceso a la vivencia subjetiva de la enfermedad (Winnicott, 1971), ya que nos permite conocer vívidamente aquello que el niño siente de una forma directa y muy personal.

### **V.1. La evaluación de la familia**

La enfermedad oncológica infantil constituye un acontecimiento potencialmente traumático que afecta no solo al niño diagnosticado, sino a todo el sistema familiar. El cáncer pediátrico introduce cambios profundos en la dinámica cotidiana, en las relaciones afectivas, en los roles familiares y en el funcionamiento emocional de todos sus miembros. Por ello, la Psicooncología Infantil ha abandonado progresivamente los modelos centrados exclusivamente en el paciente para adoptar una perspectiva sistémica y biopsicosocial, en la que la familia se convierte en una unidad de evaluación e intervención imprescindible (Engel, 1977; Rolland, 1994).

Las investigaciones han demostrado que el ajuste psicológico de los padres y el funcionamiento familiar influyen significativamente en la adaptación emocional del niño al proceso oncológico, en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de toda la familia (Kazak y Barakat, 1997; Alderfer y Kazak, 2006). Desde esta perspectiva, la evaluación de la familia constituye una parte esencial de la atención psicológica integral en oncología pediátrica.

La evaluación familiar puede definirse como el proceso sistemático de recogida y análisis de información destinado a comprender el funcionamiento psicológico, emocional, relacional y adaptativo de la familia ante la enfermedad oncológica del niño.

En su finalidad no solo será importante el detectar dificultades o problemas psicopatológicos, sino también identificar recursos familiares, capacidades de afrontamiento, factores de protección, necesidades de apoyo, áreas de vulnerabilidad y estrategias de adaptación.

La evaluación permite comprender de qué manera la enfermedad está siendo vivida y elaborada por los distintos miembros de la familia y facilita el diseño de intervenciones ajustadas a las necesidades específicas de cada sistema familiar (Rolland, 1994).

El cáncer infantil constituye un acontecimiento crítico que afecta simultáneamente a múltiples dimensiones del funcionamiento familiar. Entre las reacciones habituales se encuentran la ansiedad, el miedo, sentimientos de culpa, incertidumbre, la sobrecarga emocional, las alteraciones económicas, los cambios en los roles familiares, las dificultades de comunicación y los síntomas depresivos.

Kazak y Barakat (1997) señalaron que muchas familias experimentan niveles de estrés comparables a los observados en otros acontecimientos potencialmente traumáticos.

Por este motivo, la evaluación familiar permite detectar precozmente situaciones de riesgo psicológico y desarrollar estrategias de intervención preventiva.

Respecto de los objetivos de la evaluación familiar se dirige a comprender el impacto psicológico de la enfermedad; efectivamente la enfermedad oncológica no tiene el mismo significado para todas las familias, por lo que la entrevista debe explorar el cómo interpretan el diagnóstico, o cuáles son sus principales preocupaciones, o qué expectativas tienen y qué significado atribuyen

a la enfermedad. En definitiva, las creencias familiares influyen significativamente en la adaptación psicológica (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980).

Es importante identificar factores de riesgo psicológico; para ello, la evaluación debe detectar la presencia de variables que puedan dificultar la adaptación tales como los antecedentes psicopatológicos, los conflictos familiares previos, el escaso apoyo social, las dificultades económicas, los problemas de pareja y los estilos de afrontamiento desadaptativos. La identificación temprana de estos factores permite intervenir de manera preventiva.

Igualmente es determinante que podamos detectar factores de protección. Así, las familias disponen de diferentes recursos que favorecen la adaptación. Por ejemplo, la cohesión, el apoyo mutuo, la comunicación, la flexibilidad, la resiliencia, el apoyo social. Entonces, podemos señalar que la evaluación debe identificar estas fortalezas y potenciarlas durante el proceso terapéutico.



recursos existentes y las prioridades de intervención.

Si pasamos a valorar las necesidades de intervención empezaremos indicando que no todas las familias requieren el mismo tipo de atención psicológica. En este contexto, la evaluación permite determinar el nivel de riesgo, las necesidades emocionales, los

Señalemos las áreas fundamentales de la evaluación familiar y su evaluación. La primera área, es el funcionamiento familiar para cuya evaluación se debe explorar la cohesión, la adaptabilidad, la organización, la resolución de problemas, la capacidad de afrontamiento.

Olson, Russell y Sprenkle (1983) señalaron que las familias con niveles adecuados de cohesión y flexibilidad presentan una mejor adaptación ante situaciones de crisis.

Otro de los factores principales de protección es la comunicación familiar. Es importante valorar el cómo se expresan las emociones, y/o el cómo se transmite la información, cómo se toman las

decisiones y la capacidad de escucha. Ciertamente, las dificultades de comunicación incrementan la ansiedad y el sufrimiento emocional (Rolland, 1994).

Otro de los elementos importantes a atender son las relaciones entre los miembros de la familia. La enfermedad puede modificar profundamente las relaciones familiares. Por ello, es necesario explorar la relación de pareja (de los padres), la relación padres-hijos, las relaciones entre hermanos o la presencia de conflictos.

Otro de los elementos que estamos llamados a trabajar son los roles familiares; el cáncer infantil suele producir importantes cambios en los roles familiares. Así, pueden aparecer la sobrecarga del cuidador principal, la redistribución de responsabilidades, las alteraciones laborales y los cambios en la dinámica cotidiana. La evaluación puede tener la tendencia de cómo se están produciendo estas reorganizaciones.

Es importante la detección del estado emocional de los padres. Diversos estudios han mostrado elevadas tasas de ansiedad, de depresión, de estrés postraumático, de sentimientos de culpa, de agotamiento emocional (Kazak et al., 2004).

La valoración del estado emocional de los padres resulta imprescindible, ya que el bienestar psicológico de estos es determinante en la adaptación del menor.

Ciertamente, otro aspecto determinante es la evaluación de los hermanos. Estos suelen constituir un grupo especialmente vulnerable y con frecuencia olvidado. Los hermanos pueden experimentar sentimientos de abandono, de celos, de culpa, de ansiedad, de miedo a la muerte y dificultades escolares (Alderfer y Kazak, 2006). Por ello, la evaluación psicológica debe incluir necesariamente sus necesidades emocionales.

Ya señalado en otros momentos podemos tomar en cuenta los recursos de apoyo social porque resultan determinantes; la disponibilidad de apoyo social constituye uno de los principales factores de protección. En este caso, la evaluación debe explorar el apoyo familiar, el apoyo de la pareja, el apoyo de amigos, los recursos comunitarios y los apoyos escolares.

## **V.2. La evaluación familiar desde una perspectiva sistémica**

La enfermedad oncológica debe entenderse como una crisis que afecta a todo el sistema familiar (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). La evaluación sistémica considera a tener en cuenta las

interacciones, los patrones relacionales, las alianzas, las fronteras familiares y, ciertamente, las estrategias de adaptación. El objetivo no es identificar culpables, sino comprender cómo la familia está afrontando la enfermedad y cuáles son los recursos disponibles para favorecer su adaptación.

### **V.2.1 Instrumentos de evaluación familiar**

La evaluación debe ser multimétodo y multiinformante. Entre las diversas herramientas incluimos la entrevista clínica familiar, la observación de las interacciones familiares, el Genograma, las escalas de funcionamiento familiar, los cuestionarios de estrés y afrontamiento, las escalas de ansiedad y depresión, y las medidas de calidad de vida. Insistimos en que la entrevista clínica sigue siendo el principal instrumento de evaluación en Psicooncología Infantil.

### **V.3. La evaluación familiar desde una perspectiva psicoanalítica**

Desde una perspectiva psicoanalítica, el cáncer infantil no puede entenderse exclusivamente como un hecho médico o biológico, sino también como una experiencia que moviliza intensamente el mundo interno de cada uno de los miembros de la familia, reactiva conflictos inconscientes, despierta ansiedades primitivas y modifica las dinámicas vinculares y las posiciones subjetivas previamente existentes.

El diagnóstico de cáncer en un hijo supone una ruptura de la continuidad de la vida familiar y confronta a los padres con experiencias de pérdida, desamparo, culpa e incertidumbre. Asimismo, moviliza fantasías inconscientes relacionadas con la enfermedad, la dependencia, la separación y la muerte (Freud, 1917; Kübler-Ross, 1969).

Desde esta perspectiva, la evaluación familiar no se limita a la identificación de síntomas psicológicos o dificultades adaptativas, sino que se dirige a entender y comprender el significado subjetivo de la enfermedad y las transformaciones que esta produce en el funcionamiento psíquico y relacional de la familia.

El psicoanálisis considera que la familia constituye mucho más que un conjunto de individuos que conviven entre sí. La familia es una organización de vínculos, identificaciones, fantasías y deseos inconscientes que configuran la subjetividad de cada uno de sus miembros (Kaës, 1993, 2007). Cada familia despliega mitos familiares, mandatos transgeneracionales, formas particulares de

relación, modos de afrontar las pérdidas y las crisis, modalidades específicas de expresión emocional. Desde aquí podemos entender el andamiaje de lo que constituye “la novela familiar”.



La enfermedad oncológica irrumpe en esta organización y puede alterar profundamente el equilibrio previo del sistema. Por ello, la evaluación familiar debe explorar no solo el funcionamiento manifiesto de la familia, sino también las dinámicas inconscientes que se activan ante la

enfermedad.

La evaluación psicoanalítica de la familia persigue varios objetivos fundamentales que podemos reconocerlos en comprender el significado subjetivo del cáncer para cada miembro, en identificar las fantasías y ansiedades inconscientes movilizadas, en explorar las modalidades de vínculo familiar, en detectar mecanismos de defensa predominantes, en valorar las capacidades de simbolización y mentalización, en identificar recursos y factores de vulnerabilidad y, finalmente, comprender las reorganizaciones familiares producidas por la enfermedad.

La finalidad de la evaluación no consiste en diagnosticar patologías familiares, sino en comprender el modo en que cada familia está viviendo y elaborando la experiencia de la enfermedad.

Para el psicoanálisis, la enfermedad no posee un significado universal. Cada familia atribuye al cáncer un sentido particular, determinado por su historia, por las experiencias previas de enfermedad, por las pérdidas sufridas, por las creencias familiares y por los mitos transgeneracionales.

Freud (1917) señaló que las experiencias de pérdida movilizan importantes procesos de elaboración psíquica. La enfermedad infantil puede ser vivida por los padres como una amenaza de pérdida, un fracaso personal, un castigo, una injusticia o hasta una experiencia de desamparo.

La evaluación puede dirigirse a explorar cómo cada miembro de la familia significa la enfermedad y cuáles son las representaciones emocionales asociadas a ella.

La enfermedad grave de un hijo reactiva ansiedades muy profundas. Al respecto, M. Klein (1946) describió las ansiedades persecutorias y depresivas que aparecen ante las experiencias de amenaza y pérdida. En los padres pueden emerger a través de miedo a la muerte del hijo, miedo a la pérdida, sentimientos de culpa, fantasías de reparación, temor al sufrimiento, experiencias de impotencia.

Igualmente, la enfermedad puede movilizar al psiquismo a reactivar experiencias infantiles no elaboradas relacionadas con enfermedades previas, pérdidas tempranas, experiencias traumáticas y duelos no resueltos o no iniciados. La evaluación psicológica tiene la posibilidad de identificar la presencia de estas ansiedades y su influencia sobre el funcionamiento familiar.

También será importante desde la perspectiva psicoanalítica explorar los mecanismos de defensa familiares. En este sentido, la enfermedad oncológica movilizará la aparición de diversos mecanismos defensivos. Freud (1926) y Anna Freud (1936) describieron múltiples formas de defensa frente a la angustia, siendo las más frecuentes en oncología pediátrica la negación (Los padres minimizan la gravedad de la enfermedad o evitan hablar de ella), la racionalización (la familia se centra exclusivamente en los aspectos médicos, evitando el contacto con las emociones), la proyección (los propios temores y sentimientos de culpa se atribuyen a otros miembros de la familia o al equipo sanitario), la omnipotencia (donde se desarrolla la creencia de que es posible controlar totalmente la enfermedad) y el mecanismo de la regresión (donde se pueden precipitar conductas tanto de dependencia como de búsqueda de protección). La evaluación debe estimar la función adaptativa o desadaptativa de estos mecanismos.

Otros de los elementos que se prestan a su atención desde el psicoanálisis son las dinámicas vinculares y las relaciones de apego donde la enfermedad infantil modifica profundamente las relaciones familiares. Al respecto, traemos la teoría del apego de Bowlby (1969, 1988) que señala que las situaciones de amenaza aumentan las necesidades de proximidad y protección. Durante el proceso oncológico pueden observarse un incremento de la dependencia, de sobreprotección, de dificultades de separación, de alteraciones en las relaciones de pareja y de cambios en las

relaciones entre hermanos. La evaluación se dirigirá a explorar la calidad de los vínculos y las modalidades de regulación emocional presentes en la familia.

Otra de las materias de primer orden es la función materna y paterna. Las aportaciones de Winnicott (1965) y Lacan (1953-1954; 1957-1958) resultan especialmente útiles en la comprensión de las familias que atraviesan la experiencia del cáncer infantil. La función materna proporciona sostén emocional, contención y seguridad.

La enfermedad tiene la característica de desbordar la capacidad de contención de algunos padres y generar elevados niveles de ansiedad y sobreprotección. Por su parte, la función paterna introduce la ley, los límites, la separación, y la posibilidad de simbolización.

En estas circunstancias que exponemos es factible que se alteren el ejercicio de estas funciones y produzca importantes reorganizaciones familiares. La evaluación estimará cómo se están ejerciendo las funciones parentales y qué transformaciones han aparecido a raíz de la enfermedad.

Kaës (1993, 2007) trabajó sobre la importancia de la transmisión generacional, de aquello que se transmite de una generación a otra, que no es otra cosa que los ideales, las fantasías, los miedos y los mandatos (superyoicos) inconscientes y las formas de afrontar el sufrimiento. La enfermedad puede reactivar experiencias familiares anteriores relacionadas con el cáncer, o enfermedades graves, pérdidas o duelos.

La exploración de la historia familiar permite comprender muchos de los significados emocionales que adquiere la enfermedad.

El psicoanálisis se ocupa de una de las tareas fundamentales en la evaluación, que consiste en valorar la capacidad de la familia para pensar y elaborar emocionalmente la experiencia de la enfermedad. En este sentido, Fonagy y Target (1997, 2002) señalaron que la capacidad de mentalización permite comprender los propios estados emocionales y los de los demás. Las familias con mayores capacidades de simbolización suelen mostrar mayor adaptación, mejor comunicación, mayor regulación emocional, y menor nivel de sufrimiento psicológico.

Contrariamente, las dificultades de mentalización pueden favorecer la actuación (frente al pensamiento), a la negación, a los conflictos familiares y a la cronificación del sufrimiento.

#### **V.4. Instrumentos de evaluación desde una orientación psicodinámica**

La evaluación psicoanalítica se basa principalmente en la entrevista clínica, la observación de las interacciones familiares, las entrevistas vinculares, las técnicas narrativas, las técnicas proyectivas (gráficas, temáticas y estructurales).

El objetivo consiste en comprender el funcionamiento emocional, las relaciones familiares, las fantasías inconscientes, los mecanismos defensivos y las modalidades de afrontamiento. Por lo tanto, no se trata del abordaje de los síntomas aislados.

Las implicaciones clínicas desde el psicoanálisis son que la comprensión psicodinámica de la



familia permite identificar situaciones de riesgo, detectar duelos no elaborados, acercarnos a comprender conflictos relacionales, a fortalecer los recursos familiares, a favorecer la elaboración emocional de la enfermedad.

De la misma forma, facilita el diseño de intervenciones psicológicas con el objeto de

mejorar la comunicación, fortalecer la función de contención familiar, el promover la mentalización y alcanzar a disminuir el sufrimiento emocional.

## **VI. La evaluación psicológica a lo largo del proceso oncológico**

Ahora nos disponemos a abordar la evaluación psicológica durante el proceso, a veces largo. Las necesidades psicológicas cambian a lo largo de la enfermedad, y la evaluación debe adaptarse a las distintas fases. Estas las diferenciamos en diagnóstico, tratamiento, recaída, supervivencia y cuidados paliativos.

Cada una de estas etapas plantea desafíos emocionales específicos y requiere objetivos de intervención diferentes (Holland, 1998; Rolland, 1994).

**La evaluación psicológica en la fase de diagnóstico** suele constituir una auténtica crisis vital para el niño y su familia. La comunicación de la enfermedad genera una ruptura brusca de la sensación de normalidad y confronta a los padres con sentimientos de incredulidad, miedo, incertidumbre y desamparo (Kübler-Ross, 1969; Rolland, 1994). Las reacciones emocionales más frecuentes en esta fase incluyen una ansiedad intensa, el estado de shock, la tristeza, sentimientos de injusticia, miedo a la muerte, culpa, dificultades de concentración y desorganización emocional.

En los niños, la respuesta psicológica dependerá de la edad, del nivel de desarrollo cognitivo y de la forma en que la familia y el equipo sanitario comuniquen la información sobre la enfermedad (Piaget, 1970).

La evaluación psicológica durante el diagnóstico nos convoca a explorar el significado subjetivo que la familia atribuye al cáncer, las creencias sobre la enfermedad, los antecedentes psicopatológicos, las experiencias traumáticas previas, la calidad de las relaciones familiares, el nivel de apoyo social y los recursos de afrontamiento.

Ya hemos señalado que, desde una perspectiva psicodinámica, también resulta importante valorar las fantasías inconscientes movilizadas por la enfermedad, las ansiedades de pérdida y los mecanismos de defensa predominantes, tales como la negación, la escisión o la omnipotencia (Freud, 1926; Klein, 1946).

El objetivo principal de la evaluación en esta etapa es identificar precozmente factores de vulnerabilidad y facilitar la adaptación inicial al proceso oncológico.

El proceso como tal continúa con **la evaluación psicológica durante el tratamiento**. La fase de tratamiento suele prolongarse durante meses, algunas veces años y se caracteriza por la presencia de numerosos estresores tales como procedimientos invasivos, hospitalizaciones, dolor, efectos secundarios, alteraciones de la imagen corporal, interrupción de la escolaridad, y aislamiento social.

Es frecuente que en este período se pueda precipitar una ansiedad anticipatoria, miedo a los procedimientos médicos, irritabilidad, tristeza, problemas de conducta, alteraciones del sueño y hasta síntomas depresivos.

De ello, derivamos que la evaluación psicológica se oriente a la adaptación al tratamiento, el nivel de sufrimiento emocional, la adherencia terapéutica, las estrategias de afrontamiento, la relación con el equipo sanitario y el impacto sobre la dinámica familiar.

También, resulta fundamental valorar la capacidad de regulación emocional del niño y la presencia de síntomas traumáticos asociados a las experiencias médicas repetidas (Stuber et al., 1997). En la familia, igualmente señalados líneas más arriba, conviene la exploración del estrés parental, la sobrecarga del cuidador principal, las dificultades de comunicación, de las alteraciones en la relación de pareja y de la situación emocional de los hermanos.

La evaluación continuada durante esta fase permite detectar precozmente dificultades de adaptación y orientar las intervenciones psicológicas de apoyo.

Uno de los aspectos que pueden suceder y que convocan de nuevo a la exploración y evaluación **psicológica es la situación de recaída**. Constituye uno de los acontecimientos más traumáticos en oncología pediátrica. Para muchas familias, el anuncio de una recaída se vive como la pérdida de la esperanza y reactiva intensamente el miedo a la muerte y el sentimiento de fracaso. Las reacciones emocionales más frecuentes ante ello son la desesperanza, la ansiedad intensa, la ira, una tristeza profunda, sentimientos de injusticia, el agotamiento emocional hasta la aparición de síntomas de estrés postraumático.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la recaída reactiva ansiedades primitivas relacionadas con la pérdida y el desamparo y puede reabrir duelos y experiencias traumáticas previas (Freud, 1917; Klein, 1946).

La evaluación psicológica puede abordar la exploración del significado de la recaída, de las expectativas de la familia, del nivel de desesperanza, de la presencia de ideación depresiva, de los mecanismos de afrontamiento, y finalmente de los recursos de apoyo disponibles.

En esta etapa resulta especialmente importante valorar la capacidad de la familia para mantener la cohesión, la comunicación y el apoyo emocional mutuo.

En el proceso también le sucede **la evaluación psicológica en la supervivencia**. La finalización del tratamiento no aplica necesariamente la finalización del sufrimiento psicológico. Muchos supervivientes y sus familias continúan vivenciando importantes dificultades emocionales. Las

reacciones que puede emerger destacan el miedo a la recaída, la hipervigilancia ante cualquier síntoma físico, la ansiedad, las dificultades de adaptación escolar, las alteraciones de la imagen corporal, los problemas de autoestima y las dificultades en las relaciones sociales.

Algunos niños pueden presentar síntomas de estrés postraumático derivados de las experiencias vividas durante el proceso de enfermedad (Kazak et al., 2004), lo que nos lleva a pensar en una tramitación fallida de la experiencia. Se deriva que en la evaluación psicológica se pueda valorar el proceso de reintegración escolar, la calidad de vida, la percepción de salud, la autoestima, la adaptación social, las secuelas emocionales y las expectativas de futuro.



Asimismo, es necesario explorar el impacto de la enfermedad sobre el desarrollo evolutivo del menor y las posibles alteraciones en la identidad y en la percepción de sí mismo. En las familias, la supervivencia también puede ir acompañada de sentimientos ambivalentes, combinándose la alegría por

la recuperación con el temor constante a una nueva recaída.

Como parte del proceso es preciso incluir **la evaluación psicológica en los cuidados paliativos**. Cuando la enfermedad deja de responder al tratamiento curativo, las necesidades psicológicas del niño y de su familia se transforman profundamente de una forma severa.

Los cuidados paliativos se orientan hacia la reducción del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida, prestando atención a las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente (World Health Organization, 2020). Esta situación implica que la evaluación psicológica se oriente al sufrimiento emocional, al miedo a la muerte, a la ansiedad de separación, a las preocupaciones existenciales, a las necesidades de comunicación, al nivel de comprensión de la situación y a los recursos de afrontamiento.

Respecto a los padres suelen aparecer el duelo anticipado, sentimientos de impotencia, culpa, miedo, agotamiento físico y emocional.

Siempre debemos tener en cuenta a los hermanos, por tanto, la evaluación debe de extenderse a ellos ya que pueden experimentar ansiedad, tristeza, sentimientos de exclusión, miedo a la pérdida.

Desde una perspectiva psicodinámica, esta etapa moviliza profundas ansiedades relacionadas con la separación y la pérdida definitiva del objeto amado (Freud, 1917; Bowlby, 1980).

El objetivo de la evaluación psicológica en cuidados paliativos es identificar las necesidades emocionales de todos los miembros de la familia y facilitar un acompañamiento que permita disminuir el sufrimiento y favorecer la elaboración emocional de la experiencia.

A modo de conclusión de este tema diremos que a entrevista psicooncológica y la evaluación psicológica constituyen herramientas fundamentales en la atención integral del niño con cáncer y de su familia. Ambas permiten comprender el impacto subjetivo de la enfermedad, detectar necesidades emocionales, identificar factores de riesgo y diseñar intervenciones ajustadas a las características evolutivas y familiares de cada paciente.

Desde una perspectiva biopsicosocial, la evaluación psicológica no debe limitarse al diagnóstico de síntomas, sino que debe orientarse a comprender la experiencia de la enfermedad en toda su complejidad y a favorecer la adaptación emocional, la calidad de vida y el bienestar psicológico del niño y de su familia (Engel, 1977; Holland, 1998; Kazak, 2006).

## **Bibliografía básica**

- Aldridge, J., & Barrero, S. (2016). Coping with childhood cancer: A family perspective. Reino Unido: Routledge.
- Brown, R. T. (Ed.). (2012). Comprehensive handbook of childhood cancer and sickle cell disease: A biopsychosocial approach. Oxford: Oxford University Press.
- Chiriboga, E. (2015). El trabajo clínico a través del arte como instrumento para la elaboración del duelo asociado al abandono parental. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- DiGallo, A. (2001). Drawing as a means of communication at the initial interview with children with cancer. *Journal of child psychotherapy*.
- Gutiérrez, J. (2013). Cuidados paliativos. En F. Elizari. 10 palabras clave ante el final de la vida. Navarra: Verbo Divino.
- Huerta Aragonés J. (2014). Oncología para el pediatra de Atención Primaria (I): signos y síntomas sugerentes de patología neoplásica. *Form Acta Pediátrica Atención Primaria*.
- Kazak, A. E. (2015). Psychosocial care of children with cancer: A guide for parents and professionals. New York: Springer.
- Kübler-Ross, E. (2014). Sobre la muerte y los moribundos. Madrid: Debolsillo.
- Madero López, L., Lassaletta Atienza, A., Sevilla Navarro, J. (2015). Oncología Pediátrica. Madrid: Ergon
- McCaffery, M., & Pasero, C. (2014). Pain in children: Assessment and management. Saint Louis, Misuri: Mosby.
- Muñoz, J.M, Tirapu, J. (2001). Rehabilitación Neuropsicológica. Madrid: Editorial Síntesis.
- Orgilés, M., Méndez, F. J. y Espada, J. P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología, Revista de la UCM*. Volumen 6, N° 2-3.
- Pérez, J., & Amador, L. (2018). Psicooncología pediátrica: Intervención psicológica en niños y adolescentes con cáncer. Madrid: Pirámide.
- Pitillas, C. Psicoterapia en la asistencia psicológica del niño con cáncer. Intersubjetivo, 2009.
- Worden, J. W. (2018). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.

## Bibliografía complementaria

- American Academy of Pediatrics (2020). *Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations*. *Pediatrics*, 145

- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. Revista de la UCM: Psicooncología.
- Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. AAP. Palliative Care for Children. (2000). Pediatrics.
- Dolto, F. (1994). Las etapas de la infancia. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. Obras Completas (1984). "De Guerra y muerte: Temas de actualidad" / "Duelo y melancolía" / "Introducción al narcisismo". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Grau, C. (2010). Intervención psicoeducativa en niños con daño cerebral y trastornos motores. En C. Grau C, Gil MD editores. Intervención psicoeducativa en necesidades específicas de apoyo educativo. Madrid: Pearson.
- Guir, J. (1984). Psicopatología y cáncer. Barcelona: Paradiso.
- Hinds, P. S., & Linder, L. (2020). *Pediatric oncology nursing: Defining care through science*. Springer.
- Jiménez, C. (1997). La lúdica como experiencia cultural. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Klein, M. (1978). La personificación en los juegos de los niños. O.C. Buenos Aires: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1999). Los niños y la muerte. Barcelona: Luciérnaga.
- Masera, G., Spinetta, J. J., & D'Angio, G. J. (2016). *Pediatric psycho-oncology: Textbook for multidisciplinary care*. New York: Springer.
- Martínez, M., & Carretero, A. (2019). *Psicooncología: Fundamentos y aplicaciones clínicas*. Madrid: Síntesis.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006) Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. 2006.
- Papadatou, D. (2009). *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. New York: Springer.
- Pitillas, C. (2010). El niño con cáncer y su familia: experiencia psicológica y apuntes para la intervención. En Álvarez, I. y Montalvo, F. (Eds.), La familia ante la enfermedad. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Raimbault, G. (1996). La muerte de un hijo. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Stuber, M. L., & Kazak, A. E. (2007). *Posttraumatic stress disorder in children with medical illness*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 16.
- Winnicott, D. (1993). Por qué juegan los niños. En "El niño y el mundo externo". Buenos Aires: Lumen.

## Cuestiones

1. Define la entrevista psicooncológica y sus objetivos.
2. Relaciona la transferencia y las figuras parentales.
3. Qué objetivos podemos tener respecto de la evaluación familiar.
4. Indica algunos de los instrumentos que se pueden utilizar en la evaluación psicológica tanto desde la orientación sistémica como psicoanalítica.

**Texto realizado por Enrique de la Torre M.  
ISFAP**