



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA TERAPIA PARA REDUCIR EL MIEDO A LA
RECURRENCIA (FORT) DE SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA
MEXICANAS**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
IVAN RIVERA OLVERA

TUTORA PRINCIPAL
DRA. CARMEN LIZETTE GÁLVEZ HERNÁNDEZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

COMITÉ TUTOR
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACIÓN, UNAM
DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
DRA. CHRISTINE MAHEU
INGRAM SCHOOL OF NURSING, MCGILL UNIVERSITY

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, ENERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo 1	8
1.1. Epidemiología	8
1.2. Definición del CaMa	8
1.3. Factores de riesgo	10
1.4. Diagnóstico	11
1.5. Tratamientos	14
1.6. Supervivencia	17
1.7. Epidemiología de la supervivencia	19
1.8. Problemas físicos y psicosociales en supervivientes de CaMa	19
Capítulo 2	23
2.1. Introducción	23
2.2. Definición del MRC	23
2.3. Prevalencia del MRC	24
2.4. Consecuencias del MRC	25
2.5. Intervenciones psicológicas para disminuir el MRC	27
2.6. Fear of Recurrence Therapy	28
Capítulo 3	35
3.1. Introducción	35
3.2. Adaptación cultural	37
3.3. Modelos para la adaptación cultural de la psicoterapia	38
3.3.1. Modelo de validez ecológica (MVE)	38
3.3.2. Marco de sensibilidad cultural	41
3.3.3. Marco heurístico para la adaptación cultural de las intervenciones	42
3.4. Estudios sobre adaptaciones culturales de intervenciones psicológicas	43
3.4.1. Adaptación cultural en países asiáticos	44
3.4.2. Adaptación cultural en países africanos	47
3.4.3. Adaptación cultural en países de América latina	49
Capítulo 4	54

4.1. Justificación.....	54
4.2. Pregunta de investigación	57
4.3. Objetivo general.....	57
4.4. Objetivos específicos.....	57
4.5. Hipótesis	58
4.6. Definición de las variables	58
4.7. Procedimiento	59
Fase 1. Revisión documental.....	60
Fase 2. Traducción y revisión	64
Fase 3. Entrevista cognitiva	80
Fase 4. Taller de adaptación	92
Discusión.....	102
Limitaciones y fortalezas	112
Conclusión	113
Referencias	115
Anexos.....	134

Resumen

En México, el miedo a la recurrencia del cáncer (MRC) es una de las principales necesidades psicológicas insatisfechas en pacientes con cáncer de mama (CaMa). La Terapia para disminuir el miedo a la recurrencia (*Fear of Recurrence Therapy*) o también conocida como FORT por sus siglas en inglés, ha sido reportada como una de las intervenciones más eficientes para disminuir el MRC en supervivientes de CaMa y ginecológico. Sin embargo, al igual que otras intervenciones, la FORT fue desarrollada y evaluada en contextos socioculturales diferentes al de México. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de adaptación cultural del manual de la paciente de la FORT para abordar el MRC de las supervivientes de CaMa. Para la adaptación cultural se siguió un proceso iterativo implementado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consta de cuatro fases: 1) una revisión documental rápida, 2) realizar la traducción literal del manual de la intervención del inglés al español y realizar una revisión por expertos del material; 3) entrevistas cognitivas con pacientes y expertos sobre secciones del manual traducido; y 4) recoger y analizar los datos. Después de obtener la retroalimentación de las cuatro fases, se implementaron cambios en el manual de intervención de la FORT. Las categorías de cambio para la adaptación cultural incluyeron: agregar ejemplos de escenarios hospitalarios similares a los experimentados por las supervivientes mexicanas durante el trayecto de su enfermedad (relevancia); agregar imágenes, instrucciones y ejemplos a las secciones del manual (aceptabilidad); cambiar palabras para que se ajustaran al español mexicano y agregar un glosario para ayude a entender las palabras más difíciles (comprensibilidad); finalmente, se mantuvieron los componentes terapéuticos fundamentales (integridad del tratamiento). Además de ser una intervención basada en la evidencia, este estudio mostró que la FORT debía adaptarse culturalmente para lograr una versión relevante, aceptable y comprensible para las supervivientes mexicanas de CaMa que reportan MRC.

Palabras clave: Cáncer de mama, miedo a la recurrencia, sobrevivientes de cáncer, adaptación cultural, México.

Abstract

Background: In Mexico, fear of cancer recurrence (FCR) is one of the primary unmet psychological needs in breast cancer (BC) patients. Fear of Recurrence Therapy (FORT) has been reported as one of the most efficient interventions to decrease FCR in BC and gynecologic survivors. However, like other interventions, FORT was developed and evaluated in sociocultural contexts different from Mexico. **Objective:** This study aimed to describe the process of cultural adaptation of the FORT patient manual to address the FCR of BC survivors. **Method:** An iterative process implemented by the World Health Organization (WHO) for cultural adaptation was followed, consisting of four phases: 1) a rapid documentary review; 2) performing the literal translation of the intervention manuals from English to Spanish and conducting an expert review of the material; 3) cognitive interviews with patients and experts on sections of the translated manual; 4) we are collecting and analyzing the data. **Results:** After obtaining feedback from the four phases, changes were implemented in the FORT intervention manuals. Categories of change for cultural adaptation included: adding examples of hospital scenarios similar to those experienced by Mexican survivors during their illness journey (relevance); adding pictures, instructions, and examples to sections of the manual (acceptability); changing words to conform to Mexican Spanish and adding a glossary to help understand more complex words (understandability); finally, the core therapeutic components were maintained (treatment integrity). **Conclusions:** In addition to being an evidence-based intervention, this study showed the FORT needed to be culturally adapted to achieve a relevant, acceptable and understandable version for Mexican BC survivors reporting FCR.

Key words: breast cancer, fear of recurrence, cancer survivors, cultural adaptation, Mexico.

Introducción

La supervivencia de los pacientes con cáncer ha mejorado significativamente por razones como la detección temprana, las estrategias de prevención y las mejoras en las opciones de tratamiento primario y sistémico (Custers, 2022). Debido a esta mejora de los resultados, la prevalencia de los supervivientes de cáncer también ha aumentado (Arnold et al., 2019). En consecuencia, cada vez más supervivientes se enfrentan a complicaciones a largo plazo de sus tratamientos contra el cáncer, así como a la carga psicológica de los mismos (Almeida, Elliott, Silva & Sales, 2019). Una de las principales quejas psicológicas en la supervivencia es el miedo a la recurrencia del cáncer (MRC) (Custers, 2022).

El MRC se define como el miedo, preocupación o inquietud relacionado con la posibilidad de que el cáncer reaparezca o progrese (Lebel et al., 2016). Datos presentados en las tres revisiones sistemáticas más recientes de estudios cuantitativos sobre el MRC en supervivientes de cáncer (Koch et al., 2012; Crist & Grunfeld, 2012, Simard et al., 2013) indicaron que entre el 73% de los supervivientes de cáncer presentan niveles de MRC.

En México, se han encontrado resultados similares. Un estudio que evaluó a una gran muestra de supervivientes mexicanos (1240 participantes de diferentes partes del país: 48% de CaMa, 11% cáncer cervicouterino y 6.8% linfoma) reportó que para el 60% de los participantes el MRC es su principal preocupación psicosocial (Suchil-Bernal, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez & Meneses-García, 2016). Estos datos son similares a una investigación realizada en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) a supervivientes de CaMa mexicanas, donde se encontró que, después de las necesidades de información, el MRC fue la necesidad más apremiante (Gálvez-Hernández et al., 2021).

Debido a la alta incidencia y al impacto negativo que tiene el MRC en los supervivientes de cáncer, la investigación ha resaltado la importancia de identificar tratamientos eficaces basados en la evidencia dirigidos a disminuir el MRC (Tauber et al., 2019). Una de estas intervenciones es la Terapia para disminuir el miedo a la recurrencia (*Fear of Cancer Recurrence Therapy*) o también conocida como FORT por sus siglas en inglés (Maheu et al., 2016). La intervención FORT cuenta con evidencia positiva de su eficacia para disminuir el MRC de supervivientes de cáncer (Lebel et al., 2014; Maheu et al., 2015; Maheu et al., 2016;

Tomei, Lebel, Maheu, Lefebvre & Harris, 2018). Sin embargo, la intervención FORT no se encuentra adaptada para implementarse en supervivientes mexicanas con MRC.

En la actualidad, ha surgido el debate sobre si los tratamientos basados en la evidencia desarrollados dentro de un contexto lingüístico y cultural particular son apropiados para los grupos etnoculturales que no comparten el mismo idioma y valores culturales. Esto es importante debido a que existe evidencia de que la cultura y el contexto influyen en casi todos los aspectos del proceso diagnóstico y de tratamiento de los pacientes (Bernal, Jiménez-Chafey & Rodríguez, 2009). Debido a que cada vez hay más evidencia de que la cultura influye en la práctica psicológica, la investigación se ha centrado en hacer uso de procedimientos de adaptación cultural para aumentar la aceptabilidad cultural y la eficacia del tratamiento psicológico (Sangraula et al., 2021). Los estudios al respecto han demostrado que las intervenciones psicológicas adaptadas culturalmente están asociadas con una mayor eficacia en comparación con las intervenciones no adaptadas (Gringer y Smith, 2006; Nagayama-Hall, Yee-Ibaraki, Huang, Marti & Stice, 2016; Degnan et al., 2017; Sorenson, 2018). Tomando en cuenta lo anterior, el presente trabajo siguió un proceso iterativo por fases para realizar la adaptación cultural de la intervención FORT, y evaluar si era aceptable, relevante y comprensible para las supervivientes mexicanas con MRC.

En el primer capítulo, se brinda una perspectiva amplia sobre la epidemiología del CaMa en México y su estado en cuanto al sistema de salud, la trayectoria como pacientes (diagnóstico, tratamiento, supervivencia, recurrencia) y los problemas físicos y psicosociales que enfrentan las sobrevivientes de CaMa. En el segundo capítulo, se aborda con profundidad la prevalencia de MRC y su relación con otras variables. En el tercer capítulo, se habla a detalle sobre la adaptación cultural de las intervenciones psicológicas, los modelos de adaptación cultural y se describe la evidencia empírica sobre la implementación de protocolos de adaptación cultural en diversos países. El cuarto capítulo corresponde a la metodología del estudio, el análisis de los datos y los resultados de cada una de las cuatro fases; así como la discusión y las conclusiones.

Capítulo 1

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un diagnóstico visto con un pronóstico sombrío, debido a que se concibe como un riesgo prematuro de muerte, además de ser un proceso costoso, doloroso y complejo para las pacientes. Sin embargo, debido a los avances en los tratamientos para dicha patología, el porcentaje de pacientes supervivientes se ha incrementado. Dada la importancia de esta enfermedad, el presente capítulo tiene como objetivo brindar un panorama general del CaMa, describir aspectos como la prevalencia, los tratamientos contra el cáncer y la supervivencia.

1.1. Epidemiología

El cáncer de mama (CaMa) es la neoplasia más frecuente en las mujeres de todo el mundo (Ghoncheh, Pournamdar & Salehiniya, 2016). Según datos obtenidos por el Proyecto Mundial sobre el Cáncer (GLOBOCAN) en el 2020, se reportaron 2.2 millones de casos nuevos de CaMa y se produjeron 648 996 muertes causadas por esta enfermedad a nivel mundial. Asimismo, se reportó que, aunque el CaMa es más frecuente en países desarrollados (por ejemplo, países del norte de Europa y América), los casos han incrementado significativamente en regiones de América Latina, África y Asia (GLOBOCAN, 2020).

Por otra parte, en México, el CaMa es la neoplasia más frecuente en mujeres de todas las edades y cuenta con una incidencia de 29 929 casos y una tasa de mortalidad de 7931 casos al año. Además, la prevalencia del CaMa a cinco años es de 99 288 casos (GLOBOCAN, 2020).

1.2. Definición del CaMa

El CaMa es el resultado de un fallo en la capacidad normal de las células para reproducirse y diferenciarse, el cual puede ser ocasionado por múltiples cambios genéticos que culminan en una tumoración maligna (Torrades, 2003). La carcinogénesis mamaria es un proceso complejo que puede diferenciarse en tres fases: inicio, promoción y progresión (Pinto-

Nazário, Facina & Filassi, 2015). En la primera fase, una célula fenotípicamente normal se convierte en maligna debido a un estadio intermedio de atipia celular. Durante este proceso intervienen mecanismos genéticos que pueden ser heredados (causando un CaMa hereditario) o adquiridos a lo largo de la vida (causando un CaMa esporádico) [Pinto-Nazário, Facina & Filassi, 2015].

La forma hereditaria representa el 10% de los casos de CaMa y la principal alteración genética encontrada en esta patología es la inactivación de los genes supresores de tumores, presente desde el nacimiento, se transmite a través de las células de la línea germinal (herencia autosómica dominante) y, por lo tanto, suele aparecer a edades más tempranas y de forma bilateral (McDonald, Clark, Zhang & Freedman, 2016). Los principales genes implicados en el CaMa hereditario son el BRCA1 y BRCA2 (Pinto-Nazário, Facina & Filassi, 2015).

Por otra parte, la forma esporádica representa el 70% de los casos de CaMa y se define como un cáncer en el que no se observa ningún caso de enfermedad en dos generaciones enteras de primer y segundo grado. En la forma esporádica, el defecto genético suele involucrar genes encargados del control de la proliferación celular (protooncogenes) de las células sanas (Pinto-Nazário, Facina & Filassi, 2015).

En la fase de promoción, la célula atípica se reproduce y transmite el error a las células de la siguiente generación de forma sucesiva. Asimismo, estímulos externos (exógenos) e internos (endógenos) favorecen la multiplicación de las células atípicas. Entre estos estímulos se destacan: esteroides sexuales, factores de crecimiento, menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad y edad materna avanzada (Pinto-Nazário, Facina & Filassi, 2015).

Durante estas dos primeras etapas, el intervalo entre la primera célula atípica y la formación de un nódulo maligno de 1cm (el cual contiene 10⁹ células) es de aproximadamente ocho años. Sin embargo, una vez alcanzando este tamaño, el volumen del nódulo se duplica cada 100 días. Desde el punto de vista clínico, en la fase de inicio y en los estadios primarios de la fase de promoción, el diagnóstico con los métodos de detección disponibles no es posible. Sin embargo, en la etapa final de la promoción neoplásica, es posible la detección precoz mediante mastografía (Pinto-Nazário, Facina & Filassi, 2015).

Finalmente, en la etapa de progresión, el carcinoma se encuentra consolidado y rompe la membrana basal, invadiendo los vasos sanguíneos y linfáticos, siendo capaz de alcanzar tejidos y proliferar a distancia (metástasis). El carcinoma comienza a formar nódulos palpables que pueden detectarse en la exploración física y en la autoexploración. Inevitablemente, el cáncer progresa, produciendo metástasis a distancia afectando principalmente huesos, pulmones, hígado y cerebro (Pinto-Nazário, Facina & Filassi, 2015).

1.3. Factores de riesgo

Actualmente, no se conoce la etiología exacta del CaMa; sin embargo, se han identificado algunos factores de riesgo que pueden favorecer su desarrollo (Lukasiewicz et al., 2021; Thanki, 2021):

1. Sexo. El sexo femenino constituye uno de los principales factores asociados a un mayor riesgo de CaMa, debido a la mayor estimulación hormonal. Las mujeres tienen células mamarias muy vulnerables a las hormonas (estrógenos y progesterona particularmente), así como a cualquier alteración de su equilibrio. Los estrógenos y andrógenos circulantes se asocian positivamente con un mayor riesgo de CaMa.
2. Edad. En la actualidad, cerca del 80% de las pacientes con CaMa son personas de más de 50 años; mientras que el 40% son mayores de 65 años. El riesgo de desarrollar CaMa aumenta de la siguiente manera: 1.5% a los 40 años, 3% a los 50 años y más del 4% a los 70 años.
3. Historia familiar. Los antecedentes familiares de CaMa constituyen un factor importante asociado significativamente con un mayor riesgo de padecerlo. Entre el 13% y el 19% de las pacientes diagnosticadas con cáncer declaran tener un familiar de primer grado con la misma enfermedad.
4. Mutaciones genéticas. Mutaciones en genes como el BRCA1 y BRCA2 están relacionados con el aumento de riesgo de carcinogénesis mamaria.
5. Factores reproductivos. Numerosos estudios han confirmado una estricta relación entre la exposición a las hormonas endógenas (estrógenos y progesterona en particular) y el riesgo de CaMa en las mujeres. Por lo tanto, la ocurrencia de eventos específicos como el embarazo, la lactancia, la primera menstruación y la menopausia,

junto con su duración y el desequilibrio hormonal concomitante son cruciales en términos de una potencial inducción de los eventos carcinogénicos en el microambiente mamario.

6. Densidad del tejido mamario. La mayor densidad del tejido mamario se correlaciona con el mayor riesgo de CaMa; esta tendencia se observa tanto en las mujeres premenopáusicas como en las posmenopáusicas.
7. Índice de masa corporal. La obesidad se asocia a una mayor posibilidad de CaMa. El aumento en la grasa corporal podría potenciar el estado inflamatorio y afectar a los niveles de hormonas circundantes que facilitan los acontecimientos procarcinogénicos.
8. Consumo de alcohol. Numerosos estudios confirman que el consumo excesivo de alcohol es un factor que podría aumentar el riesgo de tumores malignos en el tracto gastrointestinal; sin embargo, se ha demostrado que también está relacionado con el riesgo de CaMa.
9. Fumar. Los carcinógenos que se encuentran en el tabaco son transportados al tejido mamario, lo que aumenta la posibilidad de que se produzcan mutaciones en los oncogenes y los genes supresores. Por lo tanto, no sólo el tabaquismo activo, sino también el pasivo, contribuye significativamente a la inducción de eventos procarcinogénicos.

1.4. Diagnóstico

Para la detección oportuna del CaMa, los servicios de salud han establecido las siguientes acciones, dirigidas de acuerdo a la edad y la vulnerabilidad de cada paciente (Sánchez-Cardenas, Bargalló-Rocha, Erazo-Valle, Maafs-Molina & Poitevin-Chacon, 2017):

1. la autoexploración mamaria, la cual debe realizarse a partir de los 18 años de manera mensual;
2. el examen clínico mamario anual, el cual se realiza a partir de los 25 años;
3. y la mastografía anual de tamizaje a mujeres asintomáticas a partir de los 40 años.

Cuando se tienen sospecha de una patología mamaria, se llevan a cabo estudios de imagen (como la mastografía, el ultrasonido y la resonancia magnética), los cuales permiten detectar, caracterizar, evaluar la extensión de la enfermedad y dar seguimiento al CaMa; además de realizar algunos estudios histopatológicos para su confirmación (Sánchez-Cardenas, Bargalló-Rocha, Erazo-Valle, Maafs-Molina & Poitevin-Chacon, 2017). A continuación, se describe cada una.

1. Mastografía. Es una técnica de rayos x desarrollada específicamente para el examen de las lesiones mamarias. El diagnóstico, la evaluación y la determinación de los resultados se basan en la diferente absorción de los rayos x entre los distintos tipos de tejido mamario, como la grasa, el tejido fibroglandular, los quistes, los tumores y las calcificaciones.

Para interpretar las imágenes obtenidas en la mastografía y evaluar el riesgo de CaMa en las pacientes, se utiliza la clasificación BI-RADS (*Breast Imaging Report and Data System*) del Colegio Americano de Radiología (Torres-Tabanera, 2015). El sistema internacional BI-RADS clasifica los hallazgos en siete grupos (véase en tabla 1 la clasificación BI-RADS), donde, a partir de la clasificación BI-RADS 4, se sospecha la posibilidad del diagnóstico de CaMa (Tamburrino & Zorilla, 2011).

Tabla 1
Código BI-RADS

BI-RADS	Definición
0	Necesita imágenes adicionales para evaluación y/o mamografías anteriores para comparar
1	Sin hallazgos
2	Hallazgos benignos
3	Hallazgos probablemente benignos (<2% de malignidad)
4	Hallazgos sospechosos de malignidad (4-95% de malignidad)
	4A – Poca sospecha
	4B – Sospecha moderada
	4C – Alta sospecha
5	Hallazgos muy sospechosos de malignidad (95.5% de malignidad)
6	Biopsia conocida de malignidad comprobada

Nota. Adaptado de Álvarez-Hernández et al., 2014. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (III/V), p 463.

2. Ultrasonido. La ecografía es una técnica de imagen complementaria a la mastografía y a la exploración física. Generalmente, se utiliza para diferenciar entre un quiste y

una masa sólida o para explorar una anomalía palpable que no es claramente visible en una mastografía.

3. Resonancia magnética. La sensibilidad de esta técnica es superior en un 95%; sin embargo, su especificidad es baja, con un rango del 53% al 70%. La mejor indicación para utilizar la resonancia magnética de mama es cuando se sospecha de recurrencia en pacientes tratadas de forma conservadora (recurrencia frente a fibrosis). Para estas pacientes, la especificidad de la resonancia magnética ha resultado ser del 98%.
4. Escaneo por tomografía de emisión de positrones. La tomografía puede ser un método para estadificar los CaMa y para evaluar la posibilidad de recurrencia tras el tratamiento inicial contra el CaMa.
5. Estudio histopatológico. En este se extrae un tejido para su análisis y existen diferentes tipos que serán usados dependiendo de la sospecha de malignidad. Para descartar una baja sospecha de malignidad es común utilizar la aspiración por aguja fina; para las lesiones catalogadas como de alta sospecha (BI-RADS 4 y 5), se recomienda la punción con aguja gruesa pues facilita la confirmación de la malignidad.

Cuando el diagnóstico ha sido confirmado, el CaMa se estadifica con el sistema TNM, el cual se utiliza para determinar la extensión anatómica de la enfermedad maligna sobre la base de criterios clínicos y patológicos agrupados en tres grandes apartados: el tumor primario (estadio T), la afectación de los ganglios linfáticos (estadio N) y las metástasis (estadio M). (Benson, 2003). Una vez que se obtengan estos datos, los resultados se combinan para determinar el estadio del CaMa (Álvarez-Hernández et al., 2014). Existen cinco estadios (véase tabla 2 para mayor detalle).

Tabla 2
Clasificación TNM del CaMa

Estadio	Descripción
Estadio 0	El cáncer se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y que no se ha diseminado al tejido circundante de la mama. Cáncer no invasivo (Tis, N0, M0).
Estadio IA	El tumor es pequeño, invasivo y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T1, N0, M0).
Estadio IB	El cáncer se ha diseminado solo a los ganglios linfáticos y mide más de 0.2 mm, pero menos de 2 mm. No hay evidencia de tumor en la mama o el tumor en la mama mide 20 mm o menos (T0 o T1, N1, M0).
Estadio IIA	Cualquiera de estas condiciones: - No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares. No se ha diseminado a partes distantes del cuerpo. (T0, N1, M0).

	- El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T1, N1, M0). - El tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T2, N0, M0).
Estadio IIB	Cualquiera de estas condiciones: - El tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T2, N1, M0). - El tumor mide más de 50 mm, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T3, N0, M0).
Estadio IIIA	El cáncer de cualquier tamaño se ha diseminado a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios linfáticos mamaros internos. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo (T0, T1, T2 o T3, N2, M0). El estadio IIIA también puede ser un tumor mayor que 50 mm que se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T3, N1, M0).
Estadio IIIB	El tumor se ha diseminado a la pared torácica o ha causado hinchazón o ulceración de la mama o se diagnostica como cáncer inflamatorio de mama (en inglés). Es posible que se haya diseminado o no a un máximo de 9 ganglios linfáticos mamaros internos o axilares. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo (T4; N0, N1 o N2; M0).
Estadio IIIC	El tumor de cualquier tamaño que se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares, los ganglios linfáticos mamaros internos o los ganglios linfáticos debajo de la clavícula. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo (cualquier T, N3, M0).
Estadio IV	El tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a otros órganos, como huesos, pulmones, cerebro, hígado, ganglios linfáticos distantes o pared torácica (cualquier T, cualquier N, M1). Se observa cáncer metastásico al momento del primer diagnóstico de cáncer en alrededor del 5 % al 6 % de los casos.

Nota. Adaptado de Álvarez-Hernández et al., 2014. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (III/V), p 466

1.5. Tratamientos

Las opciones de tratamientos oncológicos contra el CaMa pueden clasificarse en intervenciones que atacan el cáncer de manera local; es decir, que tratan el tumor sin afectar el resto del cuerpo, como la cirugía y la radioterapia; y/o tratamientos sistémicos vía oral o intravenosa, que atacan las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo, como la quimioterapia y la hormonoterapia (Smoot, Wampler & Topp, 2009). A continuación, se describen los principales tratamientos contra el CaMa.

Cirugía

Un alto porcentaje de mujeres con CaMa son sometidas a algún tipo de cirugía como parte de su tratamiento. La cirugía se realiza con el objetivo de promover el control local y la etapa

de la enfermedad (Asociación Americana del Cáncer, 2019). Las principales cirugías que se realizan como parte del tratamiento contra el CaMa son:

1. Cirugía conservadora. – Consiste en una operación en la que se extirpa el cáncer y parte del tejido normal que lo rodea, pero no el seno en sí. También se puede extirpar parte del revestimiento de la pared torácica si el cáncer está cerca de ella. Este tipo de cirugía también puede denominarse lumpectomía, mastectomía parcial, mastectomía segmentaria, cuadrantectomía o cirugía conservadora de la mama y es el tratamiento estándar en pacientes con diagnósticos tempranos (Henderson, 2015).
2. Mastectomía radical. – Consiste en extirpar en bloque toda la mama, los músculos pectorales mayores y menores, todos los ganglios linfáticos axilares de los niveles I, II y III, y toda la grasa y los tejidos adyacentes, con una mínima alteración de cualquier tejido que pudiera contener CaMa o metástasis (Henderson, 2015). Generalmente, este tipo de intervención es elegida cuando no se puede asegurar un adecuado control local debido a una extensión mayor del cáncer en el seno y/o cuando el tumor es mayor tamaño (Henderson, 2015).
3. Mastectomía radical modificada – Consiste en remover la mama, el complejo areolar-pepón, la piel suficiente para cubrir la herida sin tensión, la fascia pectoral y los ganglios linfáticos axilares (Henderson, 2015).

Después de realizarse algún procedimiento quirúrgico, las pacientes pueden experimentar diversos efectos secundarios, entre los que destacan: dolor en el área de la cirugía, y en algunas terminales nerviosas, incluso después de su recuperación, hinchazón, acumulación de sangre en la zona de la herida, acumulación de líquido en la zona de la cicatriz, entumecimiento de brazo y en algunos casos linfedema (ACS, 2021). Es importante mencionar que los efectos pueden variar dependiendo del tipo de cirugía, donde habitualmente las más extensas presentaran mayores efectos secundarios (Henderson, 2015) y alteraran en mayor medida la calidad de vida de las pacientes (Ortega, 2017).

Radioterapia

A medida que han mejorado las técnicas de radioterapia (lo que ha dado lugar a una mayor eficacia y una menor toxicidad), ha disminuido la cantidad de tejido mamario y linfático normal que se extirpa quirúrgicamente. La irradiación de toda la mama se administra de

forma rutinaria después de la tumorectomía a la mayoría de las pacientes con CaMa en etapas I-II (Henderson, 2015).

Los efectos adversos de este tratamiento pueden ser hinchazón en el área tratada, quemaduras, dañar nervios del brazo y fomentar el desarrollo de linfedema (Henderson, 2015). Además, puede dificultar la lactancia y la reconstrucción mamaria (Henderson, 2015).

Quimioterapia

Consiste en usar medicamentos contra el cáncer administrado vía intravenosa u oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayor parte del cuerpo (Asociación Americana del Cáncer, 2019). La quimioterapia se puede aplicar en tres momentos:

- a. Antes de la cirugía (quimioterapia neoadyuvante). Es el tratamiento estándar en el CaMa localmente avanzado e inflamatorio. Los objetivos principales de la quimioterapia neoadyuvante son conseguir una cirugía conservadora, controlar de forma temprana la enfermedad micrometastásica y disminuir el tamaño del tumor (Velasco-Capellas, Martínez-Peralta, Cerdá-Serdá, Estival-González, Fernández-Bruno & Lianes-Barragan, 2012).
- b. Después de la cirugía (quimioterapia adyuvante). El objetivo de este tratamiento es eliminar las células cancerosas que puedan haber quedado o se hayan propagado después de la cirugía (Arce, Martínez-Tlahuel & Lara, 2006).
- c. Quimioterapia paliativa. Este tratamiento se implementa cuando las terapias locales fallan o en presencia de metástasis (Asociación Americana del Cáncer, 2019).

Algunos estudios indican que las pacientes con CaMa, después de recibir la quimioterapia, reportan efectos secundarios pueden presentarse dependiendo de medicamento suministrado, la cantidad y duración (Arce, Martínez-Tlahuel & Lara, 2006). Los efectos secundarios más reportados son: la pérdida del cabello, náuseas, vómito, diarrea, pérdida del apetito, úlceras

en la boca, cambios en las uñas y piel. Asimismo, también puede aumentar la probabilidad de infecciones y el riesgo de padecer leucemia (Henderson, 2015).

Hormonoterapia

Algunos tipos de CaMa son afectados por hormonas como la progesterona y los estrógenos. Las células cancerígenas tienen receptores proteínicos que se adhieren a este tipo de hormonas, las cuales ayudan a que el tumor pueda crecer. Los tratamientos que impiden que estas hormonas se adhieran a estos receptores se denominan hormonoterapia o terapia endocrina (Asociación Americana del Cáncer, 2019).

La hormonoterapia se implementa a menudo después de la cirugía como terapia adyuvante para ayudar a reducir el riesgo de progresión o recurrencia del cáncer (Yoshinori, 2001).

Se ha reportado que los efectos secundarios del tratamiento hormonal son similares a los relacionados a la menopausia (Knaul et al, 2008). Por ejemplo, bochornos, resequedad vaginal, dolores musculares, cansancio, disminución en la libido, probabilidades de desarrollo de cáncer cervicouterino y en algunas ocasiones puede causar osteoporosis (ACS, 2021; Ortega, 2017).

1.6. Supervivencia

La vida de las mujeres después del CaMa implica ajustarse a un nuevo estilo de vida, que conlleva que las pacientes se adapten a vivir con los efectos secundarios a largo plazo del cáncer y de los tratamientos, así como vivir con la incertidumbre que puede ocasionar la posibilidad de recurrencia de la enfermedad. A lo largo de los años han surgido diversas definiciones de lo que constituye un superviviente de cáncer. Una de las primeras definiciones tomaba como superviviente a las personas que han permanecido libres de cáncer durante un mínimo de 5 años después de finalizar su tratamiento (Leigh, 1996; Marcus, 2004). Otra definición citada recurrentemente es la que propone la Organización Mundial de la Salud (2008), donde supervivientes de cáncer son los pacientes que, habiendo padecido cáncer, tras finalizar el tratamiento, están curados de la enfermedad. “Estar curados” se toma en esta definición como la consecución de una esperanza de vida normal y tiene tres

componentes importantes: 1) la recuperación de toda evidencia de enfermedad (remisión completa); 2) riesgo de recurrencia mínimo o nulo; y 3) la restauración de la salud funcional (física y psicológica).

Aunque estas propuestas se han utilizado en diversas investigaciones (Wronski, 2015), también han sido altamente cuestionadas debido a su incoherencia con la evidencia clínica de que muchos pacientes con cáncer, después del tratamiento, siguen teniendo un riesgo significativo de recurrencia durante el resto de sus vidas (Yu, 2011). Asimismo, recientemente la Sociedad Americana del Cáncer (2019) ha reportado que todos los pacientes tras finalizar el tratamiento primario de la enfermedad, sin importar el tipo de cáncer, tienen un riesgo de por vida del 15% de desarrollar un segundo cáncer.

En 1985, el médico y superviviente de cáncer, Fitzhugh Mullan, basándose en su experiencia y en conversaciones con otros pacientes de cáncer, propuso que el término supervivencia se ampliara tanto a los pacientes curados como a los pacientes que tenían una enfermedad continua (Feurstein, 2007). Desde esta perspectiva, la supervivencia del cáncer es un fenómeno por fases. Inicia con el diagnóstico de la enfermedad, abarcando el tiempo de tratamiento, debido a que, cuando los pacientes se enteran de su diagnóstico, se ven obligados a enfrentar su propia mortalidad y necesitan realizar cambios que podrían mermar su futuro (Wronski, 2015). La supervivencia se divide a en tres etapas (Mullan, 1985):

1. **Supervivencia aguda.** Inicia con el diagnóstico del cáncer y se caracteriza por la intervención del equipo médico para detener la enfermedad. El miedo, la ansiedad y el dolor resultante de la enfermedad como del tratamiento son elementos importantes y constantes en esta fase. Esta etapa se define tanto por la experiencia de la persona diagnosticada con cáncer, como por la de los familiares afectados por el diagnóstico.
2. **Supervivencia prolongada.** Describe el tiempo inmediatamente posterior a la finalización del tratamiento o remisión, que suele medirse en meses. Se acompaña de una disminución del contacto con el equipo médico. Esta etapa se caracteriza por una espera vigilante en la que la persona se pregunta si los síntomas son signo de recurrencia o son parte de la vida cotidiana. Los supervivientes pueden estar aprendiendo a vivir con los efectos secundarios crónicos.

3. **Supervivencia permanente.** Abarca un periodo más largo, lo que suele significar que han pasado años desde el tratamiento. Durante esta etapa, la “actividad de la enfermedad” o probabilidad de recurrencia es lo suficientemente pequeña para considerar que el cáncer se ha detenido definitivamente. En esta etapa las personas pueden seguir enfrentándose a problemas sociales, económicos, psicológicos, laborales, de atención sanitaria y de ansiedad; además de los efectos secundarios del tratamiento de cáncer.

Para términos de este estudio, asumiremos la definición de supervivencia prolongada propuesta por Mullan (1985).

1.7. Epidemiología de la supervivencia

En la actualidad, la tasa de supervivencia del CaMa a nivel mundial ha aumentado significativamente. Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) las tasas de supervivencia relativa a cinco y diez años son del 91% y del 84% respectivamente. Asimismo, la tasa global de supervivencia para pacientes con CaMa en estadios tempranos es del 95%, para las pacientes con enfermedad local del 86% y para las pacientes con CaMa en estadios tardíos es del 30% (OMS, 2020).

Respecto a las estadísticas de supervivencia en México, no se encontraron registros que especifiquen el porcentaje de supervivientes de cáncer en la actualidad. Sin embargo, la OMS (2016) refiere que la tasa de supervivencia varía de acuerdo con nivel de ingresos de cada país; en este sentido, países con ingresos altos presentan una tasa de supervivencia de 80%, 60% en países de ingresos medios y 40% en países de ingresos bajos, México se encuentra dentro del segundo grupo.

1.8. Problemas físicos y psicosociales en supervivientes de CaMa

Una variedad de factores físicos, sociales, psicológicos y existenciales están asociados con el diagnóstico y el tratamiento del CaMa. Estos múltiples factores estresantes, y a menudo crónicos, pueden manifestarse significativamente durante la etapa de supervivencia,

ocasionando que la calidad de vida de las supervivientes de CaMa se vea disminuida (Savard, Simard, Blanchet, Ivers & Morin, 2001). Por ejemplo, algunas investigaciones han reportado que un gran número de supervivientes experimentan efectos iatrogénicos a largo plazo debido al tratamiento activo (quimioterapia, radioterapia y cirugía), que incluyen: fatiga, dolor persistente, linfedema, menopausia prematura, pérdida acelerada de la densidad ósea, síntomas vasomotores e infertilidad, los cuales afectan negativamente la salud física y mental de las supervivientes (Fallowfield & Jenkins, 2014; Carreira, Williams, Müller, Harewood, Stanway & Bhaskaran, 2018).

Otros estudios confirman que alrededor del 50% de las supervivientes experimentan efectos secundarios a largo plazo, siendo la fatiga (26-56%), dolor (26-47%), problemas de sueño (59%), disfunciones sexuales (28-51%), limitaciones funcionales (43%) y el aumento de peso (54%) (Harrington et al., 2010; Howard-Anderson et al., 2012; Chenget al., 2016; Huang, & Shi, 2016).

Los efectos secundarios de los tratamientos también influyen en la reincorporación de las actividades laborales de las supervivientes. Se ha reportado que el tipo de tratamiento recibido (específicamente quimioterapia), la fatiga y el dolor influyen de manera significativa en el adecuado reingreso laboral de las supervivientes (Islam et al., 2014). Un estudio reportó en una muestra de 359 supervivientes que se reincorporaban a sus actividades laborales, que 1 de cada 3 presentaba problemas relacionados con el trabajo debido a los efectos de los tratamientos; mientras que 1 de cada 10 optó por retirarse debido a la incapacidad (Molina & Feliu, 2013). Finalmente, se ha mencionado que las supervivientes sometidas a mastectomía, disección axilar y quimioterapia presentan mayores tiempos de incapacidad laboral (Arfi et al., 2018).

Aspectos relacionados con la pareja y las relaciones familiares también se pueden ver afectados en la etapa de supervivencia. Por ejemplo, se ha reportado que los cambios en el cuerpo de las supervivientes (por ejemplo, las cicatrices, la resequedad vaginal, etc.) dificultan la función sexual que, en conjunto con el desinterés en la actividad sexual, y pueden desencadenar problemas en la relación de pareja, sobre todo en supervivientes jóvenes (Vivar, 2012). En cuanto al plano familiar, las supervivientes reportan problemas para reasumir su rol dentro de la familia; además, el diagnóstico de la enfermedad puede generar

cambios emocionales en los miembros de la familia (por ejemplo, mostrar preocupación y miedo de manera frecuente) (Vivar, 2012).

Además de los problemas físicos y sociales, otro aspecto importante que se ve afectado en la etapa de la supervivencia es el plano psicológico (Burg et al., 2015). Estudios han observado que las supervivientes de CaMa reportan signos y síntomas de ansiedad (17.9-33.3%), depresión (9.4-66.1%), angustia (13.4-30.3%) y estrés postraumático (12.9-37.6%), incluso un año después del diagnóstico de cáncer (Maasset al., 2015; Wei et al., 2016; Zainal et al., 2013).

En la actualidad, han surgido una variedad de estudios centrados en evaluar las necesidades insatisfechas que reportan las supervivientes de CaMa (Park & Hwang, 2012; Fiszer, Dolbeult, Sultan, Bredart, 2014). Algunos de estos estudios han reportado que, durante el primer año después de terminar su tratamiento, las supervivientes de CaMa reportan como principales necesidades insatisfechas la falta de información sobre su estado actual de salud y la falta de apoyo del sistema de salud (p, ej., comunicación con el médico); dicha situación está significativamente relacionada con una mala calidad de vida y sintomatología depresiva. Otros estudios (Chae et al., 2019; Barr, Hill, Farrelly, Pitcher & White, 2020) han mencionado que la principal necesidad psicológica insatisfecha que reportan las supervivientes de CaMa se relaciona con obtener la ayuda necesaria para hacer frente al miedo a la recurrencia del cáncer (MRC) (Van Helmond et al., 2016).

El MRC se ha reportado que puede detonarse por escuchar acerca del cáncer en la televisión o el radio, visitas al médico o malestares físicos generales, dichos detonadores se han reportado hasta dos veces por mes (Van Helmond et al., 2016). También se ha visto asociado a mayores visitas al médico en general y al servicio de urgencias o, por el contrario, a evitar estudios de chequeos para el cáncer o visitas de control médico. A pesar de esto, Simard et al. (2013) observaron que este síntoma se mantiene estable a lo largo del periodo de supervivencia y niveles altos de éste se asociaron con edades jóvenes, presencia de síntomas psicológicos, angustia y menor calidad de vida.

El MRC se ha convertido en uno de los principales focos de atención en la actualidad debido a que la mayoría de las supervivientes experimentan niveles moderados a altos de miedo lo cual, a largo plazo, impacta de manera significativa en su bienestar psicológico y su calidad

de vida (Shaw et al., 2021); por lo tanto, se abordará con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

Miedo a la recurrencia del cáncer

2.1. Introducción

Durante las últimas décadas, la supervivencia de los pacientes con cáncer ha mejorado significativamente por razones como la detección temprana, las estrategias de prevención y las mejoras en las opciones de tratamiento primario y sistémico (Custers, 2022). Debido a esta mejora de los resultados, la prevalencia de los supervivientes de cáncer también ha aumentado (Arnold et al., 2019). En consecuencia, cada vez más supervivientes se enfrentan a complicaciones a largo plazo de sus tratamientos contra el cáncer, así como a la carga psicológica de los mismos (Almeida, Elliott, Silva & Sales, 2019). Una de las principales quejas psicológicas en la supervivencia es el MRC (Custers, 2022).

Debido a la importancia de este problema en los supervivientes de cáncer, el presente capítulo tiene como objetivo brindar una definición del MRC y describir aspectos como la prevalencia y las consecuencias que puede ocasionar. Finalmente, se describen las principales intervenciones psicológicas desarrolladas para disminuir los efectos de este padecimiento en los supervivientes de cáncer.

2.2. Definición del MRC

El MRC se puede definir como el miedo, preocupación o inquietud relacionado con la posibilidad de que el cáncer reaparezca o progrese (Lebel et al., 2016). Múltiples investigaciones han demostrado que el MRC es una preocupación común para muchos supervivientes de cáncer terminaron su tratamiento y se encuentran en remisión (Baker, Denniston, Smith & West, 2005; Harrison et al., 2011; Simard et al., 2013). Además, es la necesidad psicosocial insatisfecha más comúnmente identificada por los pacientes y supervivientes de cáncer (Armes et al., 2009; Mehnert, Berg, Henrich & Herschbach, 2009)

y se encuentra entre las razones más importantes para consultar a un psicólogo (Salander, 2010).

Dado que la recurrencia es una posibilidad muy real, el MRC parece ser una reacción común que afecta a la mayoría de los supervivientes en algún grado (Mutsaers, Rutkowski, Jones, Lamarche & Lebel, 2020). Se considera que niveles bajos de MRC son comprensibles e incluso necesarios para promover una vigilancia adecuada y conductas de salud positivas en los supervivientes (Sharpe, Curran, Butow & Thewes, 2018). Sin embargo, cuando el MRC se encuentra en niveles altos, deteriora la calidad de vida y el bienestar psicológico de quien lo padece (Smith, 2020).

Estudios han identificado que los supervivientes que reportan MRC en niveles altos se caracterizan por presentar: 1) niveles elevados de preocupación (debido a pensamientos constantes sobre la reaparición del cáncer); 2) hipervigilancia o hipersensibilidad a síntomas corporales (causados por efectos secundarios de los tratamientos); 3) deterioro del funcionamiento diario; 4) angustia clínicamente significativa; 5) incapacidad para planificar el futuro; y 6) adopción de estrategias de afrontamiento poco útiles (como evitar citas de seguimiento médico o la autoexploración mamaria excesiva) [(Sharpe, Curran, Butow & Thewes, 2018; Mutsaers, Rutkowski, Jones, Lamarche & Lebel, 2020; Shaw et al., 2021)].

2.3. Prevalencia del MRC

A pesar de que en los últimos años el MRC se ha convertido en un tema de investigación relevante, se tiene poca certeza de la prevalencia actual de supervivientes con niveles altos de MRC. Esto podría deberse a la falta de revisiones sistemáticas y/o investigaciones actuales enfocadas en su epidemiología o a la falta de consenso en el uso de instrumentos especializados para evaluar los niveles de MRC de los supervivientes (Thewes et al., 2013).

Datos presentados en las tres revisiones sistemáticas más recientes de estudios cuantitativos sobre el MRC en supervivientes de cáncer (Koch et al., 2012; Crist & Grunfeld, 2012, Simard et al., 2013) indicaron que entre el 39% y el 97% de los supervivientes de cáncer presentan niveles de MRC (con una media del 73%); entre el 22% y el 87% presentan niveles

moderados a altos de MRC (con una media del 49%) y entre el 1% y el 15% presentan niveles altos de MRC (con una media del 7%).

En México, se han encontrado resultados similares. En un estudio que evaluó a una gran muestra de supervivientes mexicanos (1240 participantes de diferentes partes del país: 48% de CaMa, 11% cáncer cervicouterino y 6.8% linfoma), se reportó que el 60% de los participantes informaron que el MRC es su principal preocupación psicosocial (Suchil-Bernal, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez & Meneses-García, 2016). Estos datos son similares a los encontrados en una investigación realizada en el INCan a supervivientes de CaMa mexicanas, donde se encontró que, después de las necesidades de información, el MRC fue la necesidad más apremiante (Gálvez-Hernández et al., 2021).

Se han reportado algunos factores asociados a una mayor prevalencia del MRC (Anderson et al., 2021); por ejemplo, una asociación entre la edad de los supervivientes (menores a 30 años) y niveles altos de MRC. Se cree que esta asociación podría deberse a que una posible recurrencia representaría una amenaza para el cumplimiento de proyectos importantes en la vida de los supervivientes jóvenes (por ejemplo, estudios, matrimonio y tener hijos) (Simard et al., 2013). De igual forma, la presencia o la gravedad de síntomas físicos (por ejemplo, efectos secundarios del tratamiento, fatiga y dolor) se han asociado con niveles altos de MRC, lo que sugiere que los supervivientes de cáncer pueden atribuir sus síntomas físicos como síntomas de que el cáncer va a reaparecer (Crist & Grunfeld, 2012). También, se encontró que algunos factores psicológicos (por ejemplo, angustia, ansiedad y depresión) se relacionan positivamente con niveles de MRC (Koch et al., 2012; Crist & Grunfeld, 2012, Simard et al., 2013). Por último, se halló una relación entre mala calidad de vida y deficiencias funcionales con niveles elevados de MRC en supervivientes (Simard et al., 2013).

2.4. Consecuencias del MRC

A pesar de los hallazgos mencionados, hay pocas pruebas de que el tratamiento médico actual esté abordando de manera eficaz el MRC de los supervivientes de cáncer. Los niveles clínicos de MRC se han asociado con el deterioro del funcionamiento, angustia psicológica, síntomas de respuesta al estrés, una menor calidad de vida y un mayor uso de recursos hospitalarios

(Lebel, Tomei, Feldstain, Beattie & McCallum, 2013). Algunos estudios reportan que cuando no se atiende el MRC de los supervivientes, aumentan las demandas y los costos de utilización de recursos médicos, específicamente se ha observado un aumento significativo en las visitas ambulatorias y al servicio de urgencias; así como en la cantidad de medicamento utilizado (Lebel et al., 2013). Estos resultados se deben en parte a la falta de un proceso bien definido para atender a los supervivientes que padecen MRC (Custers et al., 2015). De igual forma, hay evidencia de que los supervivientes con niveles elevados de MRC son más propensos a rechazar el alta médica y a buscar una readmisión a los hospitales donde atendieron su cáncer (Glynne-Jones, Chait & Thomas, 1997).

Además, los niveles altos de MRC pueden tener un impacto en la calidad de vida, ya que el bienestar general y funcionamiento en las áreas social, emocional, física y cognitiva se afectan por este padecimiento. Por ejemplo, se ha observado que el MRC más intenso puede relacionarse con niveles altos de depresión, ansiedad, angustia y estrés (Koch et al., 2013). De igual forma, dos estudios reportaron una fuerte asociación entre el bajo estado de ánimo, la angustia psicológica de los supervivientes y el MRC (Crist & Grunfeld, 201; Champagne et al., 2017). También, una revisión sistemática mostró que el MRC se asoció con niveles bajos de espiritualidad, mayor impacto en la salud psicológica, más síntomas de estrés postraumático y menor calidad de vida (Ozga et al., 2015). Finalmente, un estudio donde se evaluó el impacto del MRC en participantes que tienen entre 10 y 11 años de supervivientes, se encontró que el miedo se vuelve clínicamente significativo y problemático, ya que tienen pensamientos intrusivos recurrentes sobre una posible recurrencia, lo que aumenta la sintomatología depresiva y deteriora la calidad de vida de los supervivientes (Mai-Tran et al., 2021).

En resumen, es evidente que las manifestaciones clínicas del MRC son altamente debilitantes y, por lo tanto, requieren de un amplio estudio (Thewes et al., 2014). Además, dado que niveles altos de MRC pueden mantenerse durante largos periodos, justifica aún más la necesidad de intervenciones terapéuticas para esta problemática.

2.5. Intervenciones psicológicas para disminuir el MRC

Debido a la alta incidencia y al impacto negativo que tiene el MRC en los supervivientes de cáncer, la investigación ha resaltado la importancia de identificar tratamientos eficaces basados en la evidencia, dirigidos a disminuir el MRC (Tauber et al., 2019). Actualmente, en diversas revisiones y metaanálisis, se ha reportado que las terapias psicológicas son eficientes para disminuir el MRC y mejorar la calidad de vida de los supervivientes de cáncer (Liu, Peh, Simard, Griva & Mahendran, 2018).

Un primer estudio, realizado por Hall et al. (2018), tuvo como objetivo medir el efecto de las intervenciones psicológicas sobre el MRC y la incertidumbre relacionada con la enfermedad en supervivientes de cáncer. En esta revisión se incluyeron 19 estudios controlados aleatorizados (ECA), de los cuales, el 84% estaban dirigidos a supervivientes de CaMa e implementaban intervenciones psicológicas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). En el análisis final, los autores reportaron que las intervenciones psicológicas tuvieron un tamaño del efecto significativo tanto en la postintervención (g de Hedges = .36), como en el seguimiento (g =.31).

Otra revisión realizada por Chen et al. (2018) se centró en analizar el efecto de las intervenciones psicológicas sobre el MRC de supervivientes de CaMa. Las intervenciones implementadas en los estudios revisados se basaron en atención plena, TCC, intervenciones psicoeducativas, entre otras. El reporte final de los autores indicó que las intervenciones fueron efectivas para manejar el MRC, disminuyeron la sintomatología ansiosa y depresiva y mejoraron la calidad de vida de las supervivientes.

Un último ejemplo fue la investigación realizada por Tauber et al. (2019); realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones para aliviar el MRC en pacientes y sobrevivientes de cáncer, evaluando 23 ensayos controlados y nueve ensayos abiertos. Además, como objetivo secundario, exploraron la influencia de las diferencias entre los estudios en el marco terapéutico, el formato del tratamiento, el número de sesiones, el tipo de cáncer, las características del paciente, el diseño del estudio y el riesgo de sesgo.

Los resultados del estudio de Tauber et al. (2019) indicaron lo siguiente:

- a) las intervenciones psicológicas fueron eficaces para reducir el MRC en pacientes y sobrevivientes de cáncer. Asimismo, se encontró que el tamaño del efecto combinado de las intervenciones fue estadísticamente significativo y de magnitud pequeña ($g = .33$); igualmente, el efecto combinado general en el seguimiento fue estadísticamente significativo ($g = .28$);
- b) las intervenciones basadas en la TCC brindan mayores tamaños del efecto ($g = .42$). Esto es congruente con lo reportado en las dos revisiones anteriores (Hall et al., 2018; Chen et al., 2018);
- c) las intervenciones con objetivo principal disminuir el MRC obtuvieron tamaños del efecto más grandes, tanto después de la intervención ($g = .42$) como en el seguimiento ($g = .36$) en comparación con las intervenciones que trataron este padecimiento como objetivo secundario (después de la intervención $g = .26$; seguimiento $g = .19$);
- d) las intervenciones presenciales (cara a cara) parecen ser más eficaces ($g = .38$) que las intervenciones administradas por otros medios (teléfono o internet $g = .10$). Sin embargo, estos resultados deben interpretarse cuidadosamente, ya que la cantidad de estudios sobre intervenciones a distancia para tratar el MRC es limitado (en este estudio solo se incluyeron 3);
- e) bajo las características anteriores, la intervención que reportó ser la más eficaz para tratar el MRC de supervivientes de cáncer fue la terapia de miedo a la recurrencia [*fear of recurrence therapy*] ($g = .72$) de Maheu et al (2016).

2.6. Fear of Recurrence Therapy

La *fear of cancer recurrence therapy* o FORT (Maheu et al., 2016) es una intervención canadiense que surgió debido a la prevalencia de niveles altos de MRC que reportan los supervivientes canadienses y por la falta de intervenciones y protocolos dirigidos a esa problemática.

Componentes de la FORT

FORT es una intervención grupal manualizada y estandarizada dirigida por un terapeuta. Consta de seis sesiones semanales de una duración de 90 a 120 minutos cada una e incluye tareas y ejercicios para llevar a casa. Asimismo, FORT se basa en seis objetivos principales:

- 1) Aprender a distinguir los signos preocupantes (de recurrencia) de los benignos
- 2) Identificar los desencadenantes y las estrategias de afrontamiento inadecuadas
- 3) Facilitar el aprendizaje y el uso de nuevas estrategias de afrontamiento
- 4) Aumentar la tolerancia a la incertidumbre
- 5) Promover la expresión emocional de los temores específicos que rodean el MRC
- 6) Reexaminar las prioridades de la vida y establecer objetivos realistas para el futuro

FORT utiliza componentes cognitivos que incluyen psicoeducación en el modelo TCC, reestructuración cognitiva, estrategias de activación conductual, imaginación guiada y tareas estructuradas. De igual forma, usa elementos de las terapias existenciales (Kissane, 2003), como la discusión de miedos específicos identificados a través de los peores escenarios individuales (por ejemplo, ansiedad por la muerte), abordar la desmoralización, el procesamiento del aquí y el ahora, y encontrar sentido a la vida después del diagnóstico (Tomei et al., 2018).

Finalmente, FORT usa manuales para los terapeutas y las supervivientes, los cuales tienen como objetivo guiar adecuadamente a los usuarios durante las sesiones de la intervención (véase en la tabla 3 la distribución detallada de las sesiones).

Tabla 3
Distribución de las sesiones de la intervención FORT

Sesión	Descripción
Sesión I	- Introducción de las participantes con enfoque en su experiencia con MRC. - Presentación del modelo de terapia ABC.
¿Qué es el miedo a la recurrencia (o regreso) del cáncer?	- Presentar el modelo de MRC. - Introducir la noción de reestructuración cognitiva e identificar los desencadenantes. - Enseñar la relajación muscular progresiva (entregar los audios de la relajación). Tarea para casa: Practicar la relajación muscular progresiva diariamente; completar el registro de pensamientos y desafiar los pensamientos desadaptativos sobre MRC.
Sesión II	- Preparar las preguntas para la visita del profesional de la salud que proporcionará educación sobre los signos de recurrencia en la sesión 3.
Información necesaria para sobrellevar la incertidumbre	- Ayudar a las participantes a afrontar el hecho de que la incertidumbre nunca puede eliminarse por completo. - Discutir las formas de recuperar la sensación de control.

	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar el uso de las autoinstrucciones tranquilizadoras. Proporcione a los participantes archivos de relajación e indíqueles las autoconversaciones tranquilizadoras cuando sea apropiado. <p>Tarea para casa: escuchar los archivos de relajación todos los días; practicar las autoinstrucciones tranquilizadoras; completar el registro de pensamientos y cuestionar los pensamientos desadaptativos sobre el MRC, y preparar las preguntas para el profesional de la salud.</p>
<p>Sesión III</p> <p>Aprendiendo habilidades para enfrentar el miedo y la incertidumbre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita de un profesional de la salud. - Aumentar la tolerancia a la incertidumbre discutiendo el nivel aceptable de preocupación. - Cuestionar las creencias erróneas sobre los beneficios de la preocupación. - Disminuir las estrategias de afrontamiento desadaptativas. - Enseñar imaginación guiada. <p>Tarea para casa: practicar la imaginación guiada a diario; continuar desafiando las creencias erróneas sobre beneficios de la preocupación; completar el registro de pensamientos añadiendo una columna de comportamientos para controlar los tipos de estrategias de afrontamiento que adoptan las participantes.</p>
<p>Sesión IV</p> <p>Reconociendo los miedos más profundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar psicoeducación sobre la preocupación y la necesidad de exponerse a los peores miedos. - Promover la expresión de emociones y confrontar los miedos específicos que subyacen al MRC. - Escribir el escenario del peor temor - Enseñar el ejercicio de atención plena. <p>Tarea para casa: leer el peor escenario cada día y luego realizar una actividad de autocuidado. Practicar el ejercicio de mindfulness a diario.</p>
<p>Sesión V</p> <p>¿Cómo superar los miedos más profundos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar la exposición al ejercicio del peor escenario. - Discutir las formas de afrontar algunos de los resultados temidos. - Promover la expresión de los sentimientos de desmoralización. - Animar a las participantes a que vuelvan a comprometerse con los objetivos vitales importantes, las personas o las actividades que hayan abandonado. - Discutir qué significado tienen para ellas el futuro y la planificación del presente. - Repasar el ejercicio de atención plena. <p>Tarea para casa: escribir los objetivos y las prioridades para el futuro.</p>
<p>Sesión VI</p> <p>Revisión y conclusiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar todo el contenido cubierto. - Discutir los objetivos futuros. - Establecer nuevas prioridades. - Promover la expresión de despedida del grupo y proporcionar un cierre.

Nota. Adaptado de Maheu et al., 2016. *Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer*, p. 6

Supuestos teóricos de la FORT

La FORT toma como marco de referencia el modelo combinado del MRC (Lebel et al., 2018), el cual integra tres modelos separados que complementan las perspectivas de mantenimiento de niveles altos de MRC en los supervivientes: 1) el modelo de sentido común de Leventhal (Lee-Jones et al., 1997); 2) la teoría de la incertidumbre de Mishel (Mishel, 1998), y 3) los modelos cognitivos de preocupación (Ladouceur et al., 2000).

El primer componente, el modelo de sentido común de Leventhal (Lee-Jones et al., 1997), propone que la mejor manera de ver al MRC es como un constructo multidimensional en el que señales internas (por ejemplo, dolor y fatiga) y externas (por ejemplo, citas de seguimiento médico o el día del aniversario del diagnóstico) aumentan el riesgo percibido de recurrencia (Lebel et al., 2018). Desde esta perspectiva, se hipotetiza que el riesgo percibido de recurrencia lleva a los supervivientes a centrarse en sensaciones que, antes de su diagnóstico de cáncer, se habrían considerado normales o, al menos, benignas (por ejemplo, un dolor ocasional) y a interpretarlas ahora como pruebas de recurrencia.

Una vez que los supervivientes perciben el riesgo de una posible recurrencia, aumenta la probabilidad de que adopten comportamientos y estrategias de afrontamiento desadaptativo, como la evitación (por ejemplo, faltar a citas de seguimiento médico, evitar exámenes médicos); el control de comportamientos y la búsqueda excesiva de tranquilidad, las cuales pueden proporcionar un alivio temporal del MRC, ya que encuentran retroalimentación tranquilizadora inmediatamente. Sin embargo, tal alivio suele ser de corta duración y, a largo plazo, el MRC se mantiene y/o aumenta (Llewellyn, Weiman, McGuk & Humphirs, 2008; Miedema, Talemichi, MacDonald, 2004).

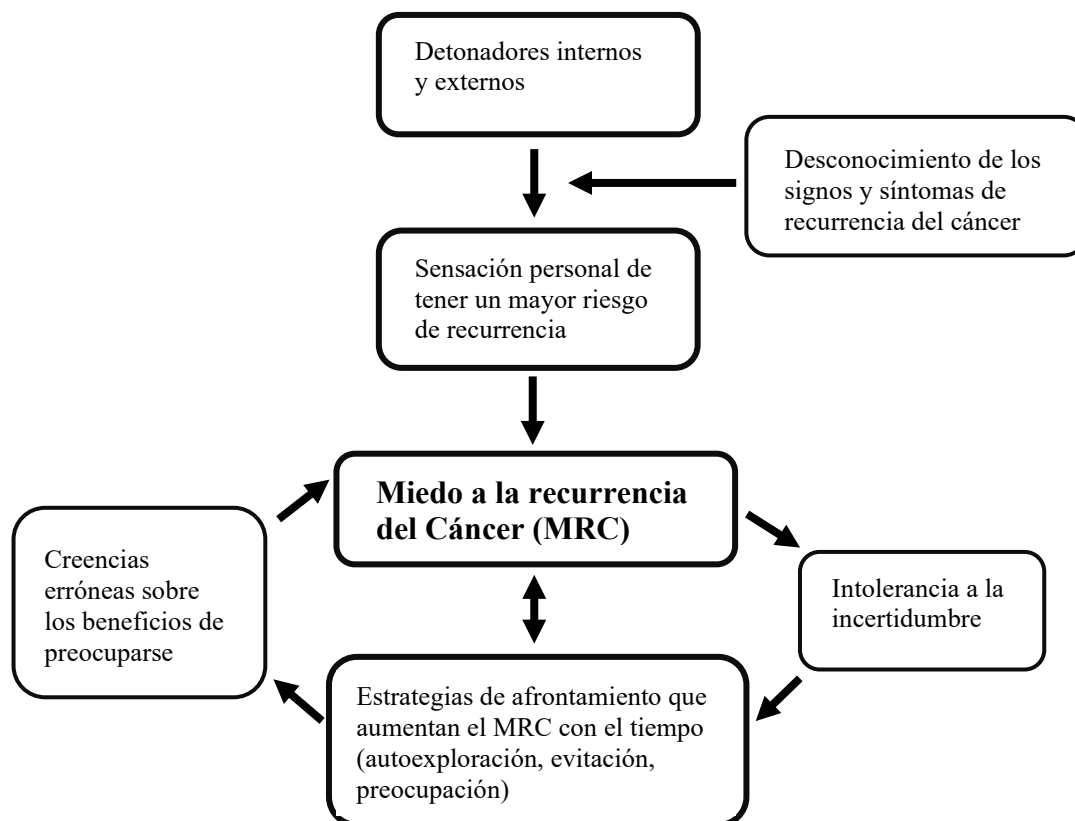
El segundo componente, la teoría de la incertidumbre de la enfermedad (Mishel, 1998) menciona que la incertidumbre se genera cuando los componentes de la enfermedad, los estímulos relacionados con el tratamiento y los eventos relacionados con la enfermedad poseen características de inconsistencia, aleatoriedad, complejidad e imprevisibilidad. Estas características son consistentes con enfermedades como el cáncer, ya que, el hecho de que el padecimiento pueda reaparecer en cualquier momento y la falta de conocimiento sobre los síntomas —que indican recurrencia entre los supervivientes de cáncer (frente a los síntomas benignos) — aumentan la incertidumbre y el MRC (Mishel et al., 2005).

Por último, los modelos cognitivos de preocupación (Ladoucer et al., 2000) sugieren que una de las funciones de la preocupación es evitar los resultados temidos. Por ejemplo, se ha observado que los supervivientes que constantemente se preocupan por su enfermedad y están hiper vigilantes a sus sensaciones corporales tienden a creer que esto les ayudará a prevenir resultados negativos. Con base en esto, se teoriza que los supervivientes con MRC consideran que preocuparse sobre la recurrencia es una estrategia adecuada, lo cual podría

explicar su necesidad por asistir constantemente a citas médicas no programadas y que el personal médico resuelva sus dudas y/o temores (Lebel et al., 2014) (véase el modelo en la figura 1).

Figura 1.

Modelo del miedo a la recurrencia del cáncer



Nota. Adaptado de Maheu et al., 2016. *Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer*, p. 8

Evidencia empírica de la FORT

FORT cuenta con evidencia positiva de su eficacia para disminuir el MRC de supervivientes de cáncer. Uno de los primeros estudios donde se implementó la intervención fue realizado por Lebel et al. (2014). Esta investigación condujo una prueba piloto para evaluar la viabilidad y la eficacia preliminar de la FORT dirigida a disminuir el MRC de supervivientes de CaMa y de cáncer de ovario. El estudio incluyó a 56 participantes con niveles altos de MRC. A todas las participantes se les entregó un manual que servía como guía para los

ejercicios y tareas revisados en las seis sesiones de la intervención. Las supervivientes experimentaron una reducción en sus niveles de MRC, angustia e incertidumbre específicas del cáncer. También informaron mejoras en calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Además, los tamaños del efecto de los cambios observados se encontraban en el rango de efecto medio a grande y casi todos los cambios se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento. Finalmente, la intervención demostró ser factible, ya que la mayoría de las participantes concluyeron la intervención.

Posteriormente, Maheu, Lebel, Tomei, Singh y Esplen (2015) publicaron un estudio que proporcionaba una visión general de la experiencia y la satisfacción de las supervivientes de cáncer después de participar en el estudio de Lebel et al. (2014). Para esta investigación, se incluyeron a 12 supervivientes de CaMa y de cáncer de ovario a las cuales se les realizaron entrevistas a profundidad sobre su experiencia al participar en la intervención FORT. Los resultados mostraron que las supervivientes tuvieron dificultades para enfrentarse a sus miedos en las primeras sesiones de la intervención. Sin embargo, al compartir su experiencia con el grupo, aprendieron a enfrentarse a sus miedos y a ganar control emocional. Asimismo, las participantes informaron que el trabajo en sesiones de grupo fue un apoyo muy valioso.

Otro estudio fue el ensayo controlado aleatorizado (ECA) multicéntrico y prospectivo realizado por Maheu et al. (2016), que tuvo como objetivo probar la eficacia de la intervención FORT. Para esta investigación se reclutaron a 144 supervivientes de cáncer canadienses con niveles altos de MRC. Se asignaron al azar a las participantes a 16 grupos, la mitad recibiría la intervención FORT durante seis semanas y la otra mitad (el grupo control) recibiría pláticas de apoyo con una duración equivalente a la intervención FORT. Los resultados de la investigación mostraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo que recibió la intervención FORT. Las participantes que recibieron la intervención redujeron sus niveles de MRC, angustia específica por el cáncer, incertidumbre por la enfermedad, riesgo percibido y un aumento en la tranquilidad, calidad de vida y uso de estrategias de afrontamiento. Asimismo, los resultados se mantuvieron a los tres y seis meses de seguimiento.

Finalmente, un segundo ECA se llevó a cabo por Tomei, Lebel, Maheu, Lefebvre y Harris (2018) con el objetivo de probar la eficacia de la FORT en modalidad individual para reducir

el MRC de supervivientes. Para este estudio, fueron reclutadas 25 supervivientes de CaMa y de cáncer de ovario, quienes fueron asignadas al azar al grupo que recibiría la FORT y al grupo control (en lista de espera). El MRC de las participantes se evaluó antes de la intervención (T1), después de la intervención (T2) y en el seguimiento (T3). Los resultados reportaron diferencias estadísticamente significativas, en comparación con el grupo control, en los niveles de MRC, la angustia específica del cáncer, la incertidumbre de la enfermedad, la búsqueda de tranquilidad, la evitación cognitiva y la intolerancia a la incertidumbre del grupo que recibió la FORT. Asimismo, se reportaron mejoras en el uso de estrategias de afrontamiento y la calidad de vida del grupo que recibió la intervención. Finalmente, estos cambios se mantuvieron a los tres meses de seguimiento.

Con la evidencia de los estudios anteriores, podemos afirmar que la FORT ha demostrado ser una intervención eficaz, viable y relevante para disminuir el MRC y mejorar la calidad de vida de supervivientes de CaMa de habla inglesa.

Capítulo 3

Adaptación cultural de las intervenciones psicológicas

3.1. Introducción

En los últimos años, la investigación de la salud mental y el desarrollo de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia han tenido un crecimiento significativo (Sorenson, 2018). Sin embargo, es importante destacar que el marco de desarrollo de la investigación psicológica se ha centrado históricamente en una visión euro-norteamericana, de habla inglesa, con un contexto socio-económico y de salud estable que puede excluir las demandas y el malestar psicológico de individuos que viven en países de ingresos bajos y medios, de habla no inglesa, y con un contexto socio-económico diferente (Carpenter-Song et al., 2010; Harrell, 2015; Marsella, 2015).

Por lo anterior, ha surgido el debate sobre si los tratamientos basados en la evidencia desarrollados dentro de un contexto lingüístico y cultural particular son apropiados para los grupos etnoculturales¹ que no comparten el mismo idioma y valores culturales. Esto es importante debido a que existe evidencia de que la cultura y el contexto influyen en casi todos los aspectos del proceso diagnóstico y de tratamiento de los pacientes (Bernal, Jiménez-Chafey & Rodríguez, 2009). Un ejemplo que sustenta lo anterior son los resultados reportados en 2011 sobre la salud mental de poblaciones latinas y asiáticas que viven en Estados Unidos, donde se encontró una disparidad en la salud psicológica en comparación con la población blanca que vive en ese país (U.S. Public Health and Human Services, 2011). El estudio también informó que los latinos y asiáticos tienen menos acceso a los servicios de salud, menos probabilidad de recibir la atención que necesitan y, cuando la reciben, es más probable que sea de mala calidad y que no se ajuste a su contexto cultural (U.S. Public Health and Human Services, 2011). Finalmente, se observó que estos grupos se enfrentan a niveles altos de estresores cotidianos junto con estresores exclusivos de su contexto, como la

¹ Etnocultural: se refiere a los valores, creencias, costumbres y tradiciones que han sido transmitidos de generación en generación por agentes socializadores importantes (por ejemplo: padres, escuelas, contexto) en la vida de un individuo y que han sido interiorizados o aprendidos por la persona al pertenecer a un grupo (Helms & Cook, 1999).

pobreza, la cual se correlaciona con niveles más altos de depresión, enfermedades somáticas y menor calidad de vida (Utsey et al., 2009).

Otro estudio informó que los pacientes que pertenecen a grupos etnoculturales² perciben los problemas de salud mental de forma diferente que los pacientes americanos o europeos, lo que puede influir en su comportamiento de búsqueda de ayuda (Huang & Nolan, 2016). Por ejemplo, se ha observado que los pacientes hispanos y asiáticos son más propensos que los pacientes blancos a creer que conductas externas, como meterse en peleas, problemas con otras personas o problemas en la escuela son razones para recibir un tratamiento dirigido a la salud mental (Cummings, Case, Chase & Druss, 2014). Por el contrario, los pacientes blancos son más propensos que los hispanos y asiáticos a percibir conductas internas, como sentirse deprimidos o ansiosos (Cummings, Case, Chase & Druss, 2014). Estos hallazgos sugieren que tanto los hispanos como los asiáticos pueden tener ciertas creencias (por ejemplo, estigmas) asociadas con las enfermedades mentales o los tratamientos de salud mental que influyen en su reconocimiento o deseo de utilizar la atención psicológica.

También, los factores culturales pueden influir en los procesos y los resultados de los tratamientos (Huang & Nolan, 2016). Se ha reportado que los pacientes que pertenecen a grupos etnoculturales prefieren ser atendidos por terapeutas de su misma raza/etnia (Cabral & Smith, 2011). Asimismo, los pacientes califican a sus terapeutas como más solidarios si perciben que ellos tienen experiencias de vida, actitudes, valores y personalidad similares (Meyer, Zane & Cho, 2011). Esta percepción se relacionó positivamente con la alianza de trabajo y la credibilidad del terapeuta (Huang & Nolan, 2016).

El presente capítulo tiene como objetivo brindar una definición de la adaptación cultural y describir los principales modelos para realizar la adaptación cultural de una intervención psicológica basada en la evidencia.

² Pacientes afroamericanos, latinos y asiáticos (Huang & Nolan, 2016).

3.2. Adaptación cultural

Debido a que cada vez hay más evidencia de que la cultura influye en la práctica psicológica, la investigación se ha centrado en hacer uso de procedimientos de adaptación cultural para aumentar la aceptabilidad cultural y la eficacia del tratamiento psicológico (Sangraula et al., 2021). La adaptación cultural se puede definir como la modificación sistemática de un tratamiento basado en la evidencia o de un protocolo de investigación que tiene en cuenta el idioma, la cultura y el contexto de tal manera que sea compatible con patrones, significados y valores culturales de los pacientes (Bernal, Jiménez-Chafey & Rodríguez, 2009).

Las adaptaciones pueden ir de lo superficial a lo profundo. Las superficiales se refieren a la modificación de las características básicas de la intervención, como la traducción de los materiales de tratamiento, para ajustarse mejor a las preferencias de las poblaciones beneficiarias (Sangraula et al., 2021). Las adaptaciones de estructura profunda se centran en los valores culturales, las normas, las tradiciones, las creencias y las percepciones de la población beneficiaria sobre el tratamiento y la etiología de la enfermedad (Sangraula et al., 2021).

La importancia de la adaptación cultural ha sido demostrada por una serie de investigaciones sustentadas en que las intervenciones psicológicas adaptadas culturalmente son más eficaces, en comparación con las no adaptadas (Sorenson, 2018). Una muestra de lo anterior es el metaanálisis realizado por Gringer y Smith (2006), donde recopilaron 76 estudios que llevaron a cabo la adaptación cultural de intervenciones psicológicas. Encontraron que el tamaño del efecto de las intervenciones adaptadas era significativo ($d=.42$), lo que sugiere un beneficio moderadamente fuerte de la adaptación cultural de los tratamientos (Griner & Smith, 2006). Además, se reporta que las intervenciones dirigidas a un grupo cultural específico fueron cuatro veces más eficaces, en comparación con grupos de participantes culturalmente diversos. Las intervenciones realizadas en el idioma principal del participante (en lugar del inglés) fueron dos veces más eficaces (Griner & Smith, 2006).

En otro estudio, los investigadores revisaron 11 metaanálisis que comparaban intervenciones psicológicas culturalmente adaptadas frente a intervenciones no adaptadas. Este metaanálisis incluyó 78 estudios, abarcando 13 998 participantes (29% afroamericanos, 30% asiáticos,

26% latinos, 4% nativo americanos y 1% de ascendencia árabe). Se encontró un tamaño del efecto general de $g=.67$, lo que indica que las intervenciones culturalmente adaptadas lograron resultados sustancialmente mejores sobre las no adaptadas $g=.37$. De igual forma, reportaron que las intervenciones adaptadas tuvieron 4.68 veces más probabilidad que las no adaptadas de producir remisión de la psicopatología (Nagayama-Hall, Yee-Ibaraki, Huang, Marti & Stice, 2016).

Finalmente, otro metaanálisis que comparó la eficacia de las intervenciones psicológicas adaptadas culturalmente para tratar la esquizofrenia, incluyó 46 artículos, abarcando 7828 participantes; reportó que las intervenciones adaptadas culturalmente fueron más eficaces mostrando un tamaño del efecto significativo ($g=.56$) (Degnan et al., 2017).

3.3. Modelos para la adaptación cultural de la psicoterapia

Reconociendo la importancia de utilizar una guía o marco en el proceso de adaptación de las intervenciones, algunos investigadores han desarrollado modelos específicos que proporcionan una forma sistemática de documentar las adaptaciones que pueden ser útiles para planificar, replicar, difundir y traducir las intervenciones (Bernal, Jiménez-Chafey & Rodríguez, 2009).

Surgidos de la psicología, existen tres modelos primarios dirigidos a la adaptación cultural, los cuales son: el modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995); el marco de sensibilidad cultural (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia, Butler, 2000), y el marco heurístico para la adaptación cultural de las intervenciones (Barrera & González-Castro, 2006). A continuación, se describirán los modelos en orden cronológico de desarrollo y su contribución en la adaptación cultural de las intervenciones psicológicas.

3.3.1. Modelo de validez ecológica (MVE)

Propuesto por Bernal, Bonilla y Bellido (1995), este modelo se basa en los trabajos realizados por Bronfenbrenner (1977) sobre la validez ecológica en la investigación de intervenciones psicológicas. Está diseñado para aumentar la congruencia entre la experiencia del paciente

(de su mundo cultural o étnico) y las propiedades de una intervención asumidas por el investigador o terapeuta (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995). Conceptualizado para adaptaciones de intervenciones dirigidas a poblaciones latinoamericanas, consta de ocho dimensiones que deben tener en cuenta las intervenciones adaptadas.

La primera dimensión considera el *lenguaje* de la intervención. Debido a que la lengua es la portadora de la cultura, si las intervenciones no están disponibles en el idioma apropiado, el tratamiento puede ser difícil, si no imposible, de aplicar. Sin embargo, los investigadores subrayan que las intervenciones adecuadas al lenguaje son algo más que la traducción mecánica de una intervención, ya que se tiene que realizar un esfuerzo para garantizar el uso de un lenguaje culturalmente sensible para la población meta (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

La dimensión de las *personas* en la intervención se refiere a las variables del paciente y del terapeuta, así como la relación entre ellos. Esta dimensión resalta que ambos individuos compartan ciertos valores culturales (costumbres y tradiciones), así como etnia y/o raza (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

La siguiente dimensión consiste en las *metáforas* de la intervención. Esto se refiere al uso de símbolos y conceptos compartidos por una población. Los investigadores resaltan que, en poblaciones latinas, incluir ideas, refranes e imágenes culturalmente consonantes reduce la resistencia, aumenta la motivación y fortalece el ambiente cultural del tratamiento (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

La cuarta dimensión se refiere al *contenido*, definido como conocimiento cultural. Se refiere a manejar e incluir la información cultural sobre valores, costumbres y tradiciones de una población a la intervención psicológica (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

La dimensión de los *conceptos* se refiere al grado en que los constructos utilizados en la intervención están en consonancia con la cultura y el contexto (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

La sexta dimensión se refiere a las *metas* del tratamiento, las cuales deben ajustarse a los valores, costumbres y tradiciones de los pacientes (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

La penúltima dimensión consiste en los *métodos o procedimientos* para lograr las metas definidas en el tratamiento. Se ha observado que, si los métodos, tareas o procedimientos que emplean los terapeutas para la resolución de problemas no son compatibles o aceptables con la cultura de los pacientes, se reducirá la probabilidad de éxito en el tratamiento (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

Finalmente, el *contexto* es la dimensión que considera el entorno político, económico, social y de salud que experimentan los pacientes durante la intervención (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995).

Para poner a prueba las ocho dimensiones del MVE, los investigadores adaptaron culturalmente la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TI) para disminuir la sintomatología depresiva en pacientes puertorriqueños (Rosselló & Bernal, 1999). También, evaluaron la efectividad de las intervenciones adaptadas culturalmente (Rosselló & Bernal, 1999). Como primer paso, los investigadores tradujeron los manuales de las intervenciones al español e hicieron adaptaciones a las palabras y sintaxis para hacerlas claras con la forma de hablar de los puertorriqueños; por ejemplo, el manual original utilizaba un lenguaje formal (usted) el cual fue adaptado a una forma más coloquial (tú) para que estuviera en consonancia con los adolescentes (dimensión de lenguaje). Además, las intervenciones fueron impartidas por psicólogos puertorriqueños, sensibles a los aspectos socioeconómicos, raciales y culturales de los adolescentes (dimensión de personas). Durante las intervenciones, los investigadores utilizaron ideas, refranes e imágenes culturalmente consonantes con la cultura puertorriqueña, y reportaron que esto facilitó el entendimiento de algunos conceptos; por ejemplo, los adolescentes puertorriqueños recibieron posters con personajes famosos del país, los cuales compartían mensajes positivos (dimensión de metáforas). Para la adaptación de las intervenciones, los expertos consideraron tradiciones y valores como la familia, el respeto, la simpatía, el espacio personal, la autoridad de los padres y aspectos culturalmente importantes para los habitantes de ese país (dimensión del contenido). De igual forma, tomaron en cuenta que los constructos, las metas y las tareas de las intervenciones estuvieran en consonancia con el contexto y la cultura de los puertorriqueños; por ejemplo, los investigadores decidieron integrar a miembros de la familia (padres, abuelos, etc) durante algunas sesiones, ya que la familia es considerada un elemento

fundamental en el contexto de los adolescentes puertorriqueños (dimensiones de los conceptos, objetivos y métodos). Finalmente, debido a que un gran porcentaje de la población puertorriqueña se considera que vive en la pobreza, los programas, sesiones y tareas de las intervenciones fueron otorgadas de manera gratuita (dimensión del contexto) (Rosselló & Bernal, 1996).

Después del proceso de adaptación, los investigadores reportaron que las intervenciones adaptadas culturalmente obtuvieron un tamaño del efecto significativo ($d = .79$), en comparación con el tamaño reportado en anteriores estudios, donde se habían aplicado ambas intervenciones sin ser adaptadas ($d = .58$) (Rosselló & Bernal, 1999).

Se destaca que, a pesar de que en un principio el MVE fue diseñado para adaptar intervenciones psicológicas a poblaciones latinas, en los últimos años, este modelo ha sido utilizado para adaptar intervenciones a poblaciones de países asiáticos y africanos, donde se incluyen: intervenciones para reducir la angustia en adolescentes que viven en el Líbano (Brown et al., 2020); intervenciones para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos chinos (Fong-Sit, Ling, Fong-Lam, Chen, Latkin & Hall, 2020); e intervenciones para disminuir la sintomatología depresiva en refugiados burundeses en Tanzania (Singh et al., 2021). Dichas investigaciones se describirán a continuación más a detalle.

3.3.2. Marco de sensibilidad cultural

Un segundo modelo citado con frecuencia es el Marco de Sensibilidad Cultural (MSC). Tiene su origen en el campo de la investigación sobre la prevención del consumo de sustancias y recomienda que se realicen cambios en dos posibles estructuras dentro de una intervención: las estructuras superficiales y las profundas (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia, Butler, 2000).

La *dimensión de las estructuras superficiales* consiste en adaptar el contenido y los mensajes de la intervención a los comportamientos sociales y culturales observables. Por ejemplo, en el caso de los materiales audiovisuales, la estructura superficial puede implicar el uso de

personas, lugares, lenguaje, música, alimentos y vestimenta conocidos y preferidos por el público objetivo. También se incluye la identificación de los canales (por ejemplo, los medios de comunicación) y los entornos (por ejemplo, las iglesias, las escuelas) más apropiados para la transmisión de mensajes y programas. Finalmente, implica comprender las características del comportamiento en cuestión; por ejemplo, qué marcas de cigarrillos se fuman y el contexto en el que se consumen las sustancias (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler, 2000).

La *dimensión de las estructuras profundas* refleja cómo los factores culturales, sociales, psicológicos, ambientales e históricos influyen en los comportamientos de salud de forma diferente en las poblaciones. Esto incluye la comprensión de cómo los miembros de la población objetivo perciben la causa, el curso y el tratamiento de las enfermedades; así como las percepciones de los comportamientos de salud específicos. En concreto, esto implica apreciar cómo la religión, la familia, la sociedad y la economía influyen en el comportamiento objetivo (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler, 2000).

3.3.3. Marco heurístico para la adaptación cultural de las intervenciones

El último modelo es el Marco Heurístico para la Adaptación Cultural (MHAC) de Barrera y González-Castro (2006); propone un marco de referencia para llevar a cabo las adaptaciones, que incluye:

- (1) la *recopilación de la información*, cuyo objetivo es identificar las ideas y conceptos que se deben adaptar culturalmente. Aquí se recopila información bibliográfica de investigaciones cuantitativas y cualitativas; además, se pueden realizar encuestas cualitativas para evaluar las características y preferencias de los pacientes y los expertos;
- (2) el *diseño preliminar de la adaptación*, donde las ideas de la primera etapa se discuten y se realiza un primer borrador de la adaptación del tratamiento;
- (3) las *pruebas preliminares de la adaptación*, en esta fase, los investigadores llevan a cabo estudios de caso o realizan estudios pilotos con pequeños grupos, utilizando las adaptaciones que se hicieron. Posteriormente, se evalúa a los participantes y expertos

con entrevistas para determinar si se alcanzaron los objetivos deseados de la adaptación y discutir: las fuentes de inadaptación del tratamiento, las dificultades de implementación y las dificultades con el contenido o las actividades del programa. Además, se evalúa la satisfacción con los elementos del tratamiento y las sugerencias de mejora; y

- (4) el *perfeccionamiento de la adaptación*, donde se incluye los datos recopilados en los estudios de caso y/o pilotos, al igual que la información obtenida en las entrevistas y se refinan las adaptaciones realizadas al principio.

Una característica clave de este proceso es que permite la integración de dimensiones, como las señaladas en la EVM, de forma operativa y sistemática (Barrera y González-Castro, 2006).

3.4. Estudios sobre adaptaciones culturales de intervenciones psicológicas

Como se ha mencionado, la evidencia actual dicta que las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia adaptadas culturalmente para una población específica son más efectivas, relevantes y aceptables que las intervenciones que no se ajustan a los valores y contexto de los pacientes (Sorenson, 2018). Por esto, el número de estudios que adaptan intervenciones psicológicas en países de bajos ingresos ha aumentado considerablemente (Salamanca-Sanabria et al., 2019).

Durante la siguiente sección se abordarán los estudios más recientes que resultaron de una búsqueda sistemática sobre investigaciones que llevan a cabo el proceso de adaptación cultural de intervenciones psicológicas. Dichos estudios utilizaron los modelos de adaptación cultural descritos en la sección anterior y diferentes metodologías; así como poblaciones provenientes de diferentes países.

Debido a lo diverso de los contextos, los estudios se agruparán tomando en cuenta el continente de los países donde se llevaron a cabo los estudios.

3.4.1. Adaptación cultural en países asiáticos

El primer estudio fue realizado en China y tenía como objetivo realizar y describir la adaptación cultural de la intervención Paso a paso (*Step-by-step*) para abordar la depresión entre los adultos jóvenes chinos (Fong-Sit, Ling, Fong-Lam, Chen, Latkin & Hall, 2020). Paso a Paso es una intervención psicológica transdiagnóstica desarrollada originalmente por investigadores suizos y australianos para problemas comunes de salud mental; comprende estrategias básicas de gestión del estrés, activación conductual, gestión de problemas y aumento del apoyo social. Esta se imparte en cinco sesiones de 90 minutos y puede ser grupal o individual (Dawson et al., 2015).

Para la adaptación cultural, los investigadores llevaron a cabo un procedimiento de cuatro fases evaluándolo con el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). En la primera fase, entrevistaron a investigadores, profesores y estudiantes para comprender el contexto de la salud mental de los jóvenes chinos. Durante la segunda fase, miembros del equipo de investigación realizaron la traducción de la intervención del inglés al chino. Además, realizaron cambios en las historias e ilustraciones utilizadas para ejemplificar secciones específicas en la intervención. En la tercera fase, el equipo de investigadores llevó a cabo entrevistas cognitivas a miembros de la comunidad con el objetivo de saber qué pensaban de los textos y las ilustraciones que habían sido adaptados. Para la última fase, realizaron reuniones con estudiantes locales para presentarles los cambios finales y les pidieron que brindaran su retroalimentación (Fong-Sit, Ling, Fong-Lam, Chen, Latkin & Hall, 2020).

Las adaptaciones más importantes de esta intervención fueron añadir el uso de expresiones que utilizan los jóvenes chinos en su contexto. Además, para aumentar la aceptabilidad del lenguaje, se omitió el uso de estímulos y comentarios positivos como “¡bien hecho!” o “lo has hecho muy bien”, ya que no son considerados coherentes o aceptables en la cultura china. Sin embargo, debido a que estos mensajes son importantes en la intervención original (están diseñados para motivar a los pacientes), los investigadores decidieron, en la versión china, sustituirlos por ilustraciones que expresaran ánimos y cumplidos. Otro cambio importante se dio en el contexto de los ejemplos, ya que la intervención original situaba a los personajes en un hospital y recibían consejos del personal médico. En contraste, en la versión china, se sustituyó a los médicos por amigos y/o profesores y el contexto de los ejemplos se situaba en

la escuela o en la calle. Estos cambios se realizaron para que los ejemplos fueran más relevantes para los jóvenes. En conclusión, seguir una metodología iterativa y sistemática garantizó que los componentes terapéuticos fundamentales de la intervención original no se modificaran (Fong-Sit, Ling, Fong-Lam, Chen, Latkin & Hall, 2020).

Como segundo ejemplo, Brown et al. (2020) realizaron un estudio que adaptó cultural y contextualmente el programa de habilidades emocionales en la adolescencia temprana o EASE por sus siglas en inglés, desarrollado en Holanda para reducir la angustia psicológica de adolescentes que viven en Líbano. EASE es una intervención desarrollada para abordar sintomatología depresiva y ansiosa en niños de 10 a 14 años que viven en ambientes adversos. Consiste en siete sesiones grupales de 90 minutos y se centra en cuatro estrategias clave respaldadas empíricamente: identificación de emociones, respiración diafragmática, activación conductual y resolución de problemas. Los materiales de la intervención incluyen un manual para el terapeuta, un cuaderno de trabajo para los adolescentes, un libro de cuentos para ilustrar los conceptos clave, carteles para las sesiones y folletos para los cuidadores (Dawson et al., 2019).

Así como la investigación anterior, se utilizó el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) para evaluar el proceso de adaptación cultural de dos fases. La primera fase incluía cinco pasos. Como primer paso, los investigadores realizaron una revisión documental no estructurada para conocer el contexto de salud mental de los niños y adolescentes. Como segundo paso, llevaron a cabo una entrevista cualitativa rápida para entender los problemas experimentados por la comunidad; conocer cómo se expresan los problemas relacionados con la salud mental a nivel local; explorar los métodos de afrontamiento de la comunidad, explorar la conciencia y la comunicación en torno a la salud mental, y mapear los servicios de salud mental en la comunidad. En el tercer paso, los investigadores realizaron una entrevista cognitiva para garantizar que los materiales de la intervención fueran comprensibles, aceptables y relevantes para la población. Durante el cuarto paso, condujeron una lectura por parte de psicólogos con el objetivo de garantizar la coherencia, precisión y la adecuación de la redacción a los modismos árabes. En el quinto paso, realizaron sesiones simulacro mediante juegos de rol para identificar si era necesaria otra adaptación (Brown et al., 2020). En la segunda fase, los expertos realizaron talleres de entrenamiento a psicólogos y facilitadores (no expertos) para

que pudieran aplicar la intervención a un pequeño número de adolescentes (Brown et al., 2020).

Los investigadores reportaron como necesario realizar adaptaciones importantes a la intervención original debido al contexto específico que viven los adolescentes en el Líbano. Por ejemplo, por el número y la intensidad de problemas que enfrentan los adolescentes, muchos de los cuales están fuera de su control personal (como la pobreza o la violencia en la comunidad), se instruyó a los facilitadores a apoyarlos más activamente para identificar y priorizar los problemas que estén bajo su control para la estrategia de resolución de problemas. De igual forma, debido al bajo nivel de alfabetización y educación de los padres, los investigadores decidieron reducir el contenido de las sesiones para facilitar el entendimiento de las estrategias y los conceptos clave. Finalmente, debido a la poca cantidad de psicólogos, el contenido de la EASE se simplificó para que los facilitadores pudieran cubrir los temas de la intervención (Brown et al., 2020).

Un tercer estudio fue realizado por Akhtar et al. (2020), el cual tuvo como objetivo adaptar la intervención gestión de problemas en grupo plus, o GroupPM+ por sus siglas en inglés, para los refugiados sirios que viven en entornos urbanos y campamentos de Jordania y Turquía. La GroupPM+ fue realizada originalmente por investigadores europeos y está dirigida a adultos que padecen síntomas de problemas comunes de salud mental (como depresión, ansiedad, estrés o que estén pasando por un duelo), así como problemas prácticos autoidentificados (como desempleo, conflictos interpersonales, entre otros). La intervención enseña estrategias para regular el estrés, solución de problemas, activación conductual y habilidades sociales (Dawson et al., 2015).

Para realizar la adaptación cultural de la intervención, los investigadores tomaron en cuenta las ocho dimensiones del MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) y el proceso se dividió en tres fases. En la primera fase, realizaron entrevistas libres con el objetivo de identificar los problemas a los que se enfrenta la población siria en ambos países y las estrategias de afrontamiento empleadas tanto a nivel individual como comunitario. Posteriormente, en la fase dos, los expertos realizaron entrevistas a informantes clave (seleccionados de la fase anterior), proveedores de salud mental y responsables de las políticas de salud mental para recopilar información en profundidad sobre los problemas y las estrategias de afrontamiento

mencionadas en las entrevistas libres. Finalmente, en la fase tres, hicieron entrevistas cognitivas y un taller de adaptación para determinar la adecuación del lenguaje y el contenido de la intervención. El propósito de las entrevistas cognitivas era comprender cómo las personas procesan mentalmente la información relacionada con características específicas de los cuestionarios y la intervención (Akhtar et al., 2020).

Los resultados de este estudio mostraron un total de 82 sugerencias de cambios de acuerdo al MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). Los investigadores propusieron cuatro cambios relacionados con la dimensión de lenguaje, 114 en la dimensión de personas, ocho en la dimensión de metáforas, dos relacionadas a la dimensión de contenido, nueve de la dimensión de conceptos, once en las dimensiones de objetivos y métodos, y 24 en la dimensión de contexto. Estas sugerencias se presentaron en el taller de adaptación y se consensó sobre las adaptaciones necesarias. Entre los cambios específicos, destacaron el cambio de la palabra “cliente” por otra más apropiada desde el punto de vista cultural (por ejemplo, “participante”); así como cambios generales en el enfoque del programa, incluidos conceptos en las sesiones de formación y supervisión para apoyar a los facilitadores. Finalmente, sugirieron un cambio sustancial en el programa que fue la incorporación de una sesión introductoria que permitiría que las familias conozcan y hagan cualquier pregunta que tengan sobre la intervención (Akhtar et al., 2020).

3.4.2. Adaptación cultural en países africanos

El primer estudio fue realizado por Singh et al. (2021). Tuvo como objetivo adaptar la intervención EASE [la cual se describió a detalle en el estudio de Brown et al. (2020) de la sección anterior] para su uso con adolescentes refugiados burundeses y sus cuidadores en los campos de refugiados del noroeste de Tanzania.

Los investigadores utilizaron las dimensiones sugeridas en el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) y se siguió un proceso dividido en cuatro fases. La fase uno consistió en un estudio documental para sintetizar investigaciones publicadas centradas en la salud mental de las poblaciones afectadas por los conflictos en Burundi, con relevancia en los conceptos locales de salud mental, el comportamiento de búsqueda de ayuda y las prácticas de apoyo.

Durante la fase dos, los expertos realizaron una entrevista cualitativa rápida para entender las preocupaciones de salud mental de los jóvenes refugiados burundeses y las preferencias para buscar apoyo desde las perspectivas de los adolescentes, los cuidadores y otras partes interesadas. En la fase tres, hicieron una entrevista cognitiva para comprobar que los materiales de la intervención eran fáciles de entender, aceptables y pertinentes para los participantes. Finalmente, para la fase cuatro, los investigadores realizaron un taller de adaptación con el objetivo de revisar los datos de las fases anteriores y proponer recomendaciones de adaptación (Singh et al., 2021).

Los resultados de la investigación mostraron que los materiales adaptados debían tener en cuenta el bajo nivel de alfabetización que existía en la población; por ejemplo, ofreciendo actividades basadas en el dibujo, en lugar de la escritura. Por otro lado, los facilitadores recibieron entrenamiento sobre cómo apoyar a los participantes con bajo nivel de alfabetización; por ejemplo, comprobando su comprensión del contenido de manera verbal y no exigiendo notas escritas como parte de los ejercicios de las sesiones. Finalmente, una adaptación importante consistió en simplificar estrategias para la resolución de problemas y la activación del comportamiento, debido a que el proceso era difícil de entender para los jóvenes y complejo de explicar para los facilitadores. Los investigadores hicieron las simplificaciones modificando las instrucciones y el entrenamiento de los facilitadores (Singh et al., 2021).

Un segundo estudio está siendo desarrollado por Molebatsi, Ng y Chiliza (2021), se dirige a adaptar culturalmente el programa relajación breve, educación y ayuda para los traumas, o también conocida como intervención BREATHE por sus siglas en inglés, en pacientes con enfermedades mentales de Botsuana. La BREATHE es una intervención basada en la evidencia desarrollada en Estados Unidos para tratar el estrés postraumático (TEPT) de personas con enfermedades mentales graves. El programa incluye educación sobre el trauma y TEPT, identificación de los síntomas del TEPT y educa a los pacientes en el autocontrol de la ansiedad mediante el reentrenamiento de la respiración. Los componentes de la intervención se realizan en tres sesiones (Nishith, Mueser & Morse, 2015).

Para la adaptación cultural de BREATHE, los investigadores utilizarán los pasos descritos por Escoffery et al. (2018). Durante el primer paso se realizarán entrevistas individuales en

profundidad y encuestas cuantitativas a pacientes con enfermedades mentales graves para entender los diversos tipos de eventos traumáticos y los síntomas postraumáticos más comunes. Asimismo, se les preguntará su percepción sobre BREATHE. En el paso dos, decidirán, basados en la opinión de los pacientes, qué componentes de la intervención requerirán ser adaptadas. Para el paso tres, adaptarán los manuales. Para esto, consultarán a un grupo de expertos (conformado por psicólogos clínicos y trabajadores sociales del área psiquiátrica) que realizarán las adaptaciones necesarias para recrear los videos de psicoeducación, los manuales, las hojas de trabajo y los folletos de la intervención, utilizando escenarios, personajes, modismos locales y descripciones culturalmente apropiadas obtenidas del análisis de los datos del paso uno. Finalmente, llevarán a cabo un estudio piloto con el objetivo de explorar: 1) la eficacia de la intervención, 2) evaluar el impacto que la intervención tuvo en el conocimiento de los participantes sobre TEPT y 3) determinar el efecto de la intervención sobre los síntomas de trauma, depresión y ansiedad (Molebatsi, Ng & Chiliza, 2021).

Los autores hipotetizan que adaptar culturalmente la intervención BREATHE garantizará su utilidad clínica, su aceptabilidad y su eficacia. Asimismo, BREATHE será la primera intervención psicológica adaptada a la población culturalmente diversa de Botsuana (Molebatsi, Ng & Chiliza, 2021).

3.4.3. Adaptación cultural en países de América latina

En Latinoamérica, se ha realizado un número importante de investigaciones sobre adaptaciones culturales de intervenciones psicológicas. Uno de estos estudios (Salamanca-Sanabria et al., 2019) tuvo como objetivo adaptar culturalmente y evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual administrado por internet para estudiantes universitarios con síntomas depresivos en Colombia. Este estudio surgió debido a que en Colombia rara vez se utilizan tratamientos psicológicos basados en la evidencia para tratar la depresión, y cuando se utilizan, se implementan sin tomar en cuenta el contexto cultural del país (Salamanca-Sanabria et al., 2019).

En este estudio, se adaptó la intervención en línea espacio para la depresión, desarrollada en Irlanda. Consta de siete módulos basados en la TCC para el tratamiento de la depresión, que se imparten en una plataforma web con contenido interactivo (cuestionarios introductorios, videos, actividades interactivas, contenidos informativos, tareas y resúmenes). Cada módulo tiene una duración de aproximadamente 1 hora y se recomienda completar un módulo a la semana. El tratamiento incluye actividades para el autocontrol y el registro de los pensamientos, activación conductual, reestructuración cognitiva y cuestionamiento de las creencias fundamentales (Richards et al., 2016). La intervención ha mostrado ser eficaz para disminuir los síntomas de depresión, teniendo un gran tamaño del efecto después del tratamiento ($d=.91$) (Richards et al., 2016).

Para la adaptación cultural, los investigadores asumieron el MSC (Resnicow et al., 2000) y el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). El proceso implicó la traducción de la intervención al español, seguido por una revisión del contenido traducido en todas las secciones y la inclusión de expresiones colombianas. Además, los expertos incluyeron en la intervención situaciones y estereotipos típicos de los estudiantes colombianos, como actores e historias típicas que suceden en universidades latinoamericanas (por ejemplo, problemas económicos, embarazos, entre otras). Posteriormente, utilizaron las ocho dimensiones del MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) para que estudiantes y expertos colombianos evaluaran la adaptación de la intervención. Finalmente, la información recopilada de estudiantes y expertos fue analizada e incorporada en los manuales de la intervención (Salamanca-Sanabria et al., 2019).

Los resultados obtenidos mostraron que los estudiantes y los expertos valoraron positivamente la intervención adaptada culturalmente. Reportaron que las secciones mostraban equivalencia funcional, es decir, que la intervención incluía componentes relevantes para el grupo cultural. Asimismo, se observó que la intervención mostraba equivalencia conceptual, ya que se utilizaban constructos que se comprendían fácilmente por la población colombiana. Por último, en cuanto a la equivalencia lingüística se sugirió que el lenguaje utilizado en el programa podría mejorarse incluyendo más expresiones utilizadas cotidianamente dentro de la población (Salamanca-Sanabria et al., 2019).

Un segundo ejemplo es el estudio realizado por Perera et al. (2020). Su objetivo fue adaptar culturalmente la intervención GroupPM+ (la cual se describió a detalle en el estudio de Akhtar et al. (2020) de la primera sección) para migrantes y refugiados venezolanos que viven en Colombia.

Para realizar la adaptación de esta intervención, los investigadores utilizaron como guía el MHAC (Barrera y González-Castro, 2006) y el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). El proceso de adaptación consistió en cuatro pasos. En el primero, se recopiló la información demográfica, socioeconómica, cultural y de salud general y mental de las poblaciones de la intervención, utilizando un esquema desarrollado por la organización mundial de la salud (OMS) y la Agencia de las Naciones Unidas (ONU) para redactar revisiones bibliográficas. Para el paso dos, los investigadores identificaron los componentes de la intervención que podían ser objeto de adaptación cultural, tomando en cuenta las ocho dimensiones del MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). En el paso tres, realizaron debates en grupos focales conformados por especialistas, terapeutas y miembros de la comunidad para revisar las adaptaciones realizadas a la intervención. Finalmente, evaluaron externamente la intervención culturalmente adaptada a través de un psicólogo experto colombiano y otro venezolano el grado de validez ecológica de la adaptación (Perera et al., 2020).

Los resultados del proceso de adaptación cultural arrojaron información clave sobre los aspectos socioeconómicos de los grupos a los que se dirige la intervención, la disponibilidad y la necesidad de apoyo psicosocial y de salud mental, así como las barreras existentes para acceder a la atención necesaria. De igual forma, los investigadores pudieron identificar que era necesario explicar de manera más sencilla y clara conceptos claves de la intervención para que se ajustaran a las actitudes locales (por ejemplo, la violencia doméstica, los pensamientos suicidas) y la identificación de apoyos sociales culturalmente apropiados. En cuanto a los protocolos de la intervención, se realizaron cambios significativos en la forma en la cual se expresa la angustia psicológica para que estuviera en consonancia con el contexto (por ejemplo, los participantes mencionaron que “tener problemas económicos o tener “conflictos familiares” es comúnmente utilizados entre venezolanos y colombianos para expresar angustia) (Perera et al., 2020).

El último estudio fue realizado por Costas-Muñiz et al. (2020) y tuvo como objetivo describir la adaptación cultural y lingüística de la psicoterapia individual centrada en el significado (PCS) para pacientes latinos con cáncer avanzado. La PCS es una intervención basada en el trabajo de Viktor Frankl, cuyo objetivo es ayudar a los pacientes con cáncer avanzado a mantener o mejorar el sentido, la paz y el propósito de sus vidas, mientras se enfrentan a las limitaciones debidas al progreso de la enfermedad y de los tratamientos. Para la aplicación de la PCS, se utiliza un manual dividido en siete sesiones. Las sesiones son dirigidas por psicólogos clínicos y se imparten a lo largo de 7 a 14 semanas (Frankl, 1984).

Para el proceso de adaptación, los investigadores utilizaron el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) y el modelo de proceso de adaptación cultural (Domenech-Rodriguez & Wieling, 2004). El proceso se dividió en siete fases. 1) Se reunió un panel de expertos de habla hispana, con representación de Puerto Rico, México, Colombia, Argentina, Perú, Venezuela, Uruguay, Republica dominicana y España, se le pidió que revisará una lista de conceptos y frases de la intervención y ofrecieran sus traducciones. 2) El manual de la intervención fue traducido por dos traductores, con las aportaciones de los grupos de expertos. El primer traductor realizó la traducción y el segundo llevó a cabo una revisión de control de calidad. 3) Se encuestó a proveedores de salud mental para que evaluaran la aceptabilidad y viabilidad de los objetivos, los temas, los conceptos y las estrategias del manual para los pacientes latinos. 4) Un grupo pacientes valoró la aceptabilidad y viabilidad de los objetivos y conceptos de la psicoterapia. 5) Se realizaron entrevistas cualitativas a un grupo pacientes para evaluar la comprensibilidad y aceptabilidad de los contenidos del manual. 6) Los resultados de las fases anteriores fueron analizados e integrados en un plan de adaptación cultural. 7) Finalmente, se obtuvo una versión del manual de la intervención adaptada culturalmente.

Los resultados de este estudio mostraron que era importante añadir y modificar algunos aspectos del manual para que fuera más fácil de comprender para los usuarios latinos. Entre los cambios más importantes se destacan: 1) añadir y aclarar las definiciones de todos los conceptos de PCS; 2) utilizar un lenguaje más sencillo y directo; 3) reformular preguntas y frases que mostraron una comprensión baja o moderada; 4) utilizar palabras cotidianas para la mayoría de las culturas latinas; 5) simplificar y dividir las preguntas complejas en múltiples

preguntas o listas; 7) proporcionar ayudas visuales para ilustrar ideas; 8) modificar el contenido para que responda a los valores y normas culturales de los latinos; 9) incluir frases o refranes populares en español para ilustrar conceptos e ideas; 10) incluir contenidos centrados en la familia; 11) invitar a miembros de la familia a sesiones específicas; y 12) incluir notas para el terapeuta en el manual, con información y recomendaciones extraídas de los resultados del estudio.

A manera de conclusión, es importante mencionar que, debido a la gran cantidad de estudios y resultados favorables sobre la adaptación cultural de las intervenciones basadas en la evidencia a poblaciones de países de ingresos bajos y medios, las adaptaciones culturales de las intervenciones psicológicas deberían de considerarse como una responsabilidad ética, ya que reducen el riesgo de experimentar con tratamientos o intervenciones que invadan o transgredan los valores y las normas de una población (Bernal & Adames, 2017), o simplemente no sean sensibles. Asimismo, la mayor eficacia de las intervenciones adaptadas puede explicarse por el aumento de la aceptabilidad, la relevancia, la mejor comprensión de la intervención por parte del paciente y la fidelidad sostenida (Ferrer-Wrender, Sundell & Mansoor, 2012). En consecuencia, la aplicación de las intervenciones psicológicas no adaptadas culturalmente puede tener efectos negativos en la continuación de los tratamientos, conducir a prácticas no deseadas y a la desconfianza en la salud mental (Ager et al., 2014); así como a esfuerzos y costos infructuosos.

Capítulo 4

Planteamiento del problema

4.1. Justificación

Social y clínicamente, se ha observado que el MRC es una de las principales preocupaciones y necesidades insatisfechas que reportan las supervivientes de CaMa en todo el mundo (Shim, Jeong, Lee, & Min, 2020). Estudios cuantitativos indican que entre el 33% y el 95% de las supervivientes de CaMa reportan MRC (Koch et al., 2012; Crist & Grunfeld, 2012, Simard et al., 2013), de las cuales, entre el 22% y 77% presentan niveles clínicos de este padecimiento. Paradójicamente, aunque niveles bajos de MRC pueden considerarse una respuesta psicológica normal por parte de las supervivientes para mantenerse vigilantes ante una posible recurrencia, cuando el MRC aumenta a niveles clínicos, la calidad de vida física y mental pueden afectarse considerablemente (Niu, Lang & Niu, 2019).

Las supervivientes con MRC en niveles clínicos presentan frecuentemente pensamientos asociados con la muerte, sentimientos de soledad, una fuerte creencia de que el cáncer regresará y pensamientos e imágenes incontrolables asociados con el cáncer (Mutsaers et al., 2016). Asimismo, estas pacientes hacen uso excesivo de estrategias de afrontamiento poco útiles, como evitar conversaciones o noticias relacionadas con el cáncer; autoexplorarse corporalmente de manera excesiva, y asistir frecuentemente a citas médicas buscando reafirmar sus creencias relacionadas con el cáncer y la recurrencia (Simard et al., 2013).

Por lo anterior, este padecimiento interfiere significativamente en la vida cotidiana de las supervivientes, causando incertidumbre sobre el futuro, poniendo a prueba el apoyo social con el que cuentan y conduciendo a una carga psicológica significativa (Beesley et al., 2008; Thewes et al., 2012).

En México, el estudio sobre el MRC en supervivientes de CaMa está creciendo. Actualmente, algunos estudios sobre necesidades insatisfechas indican que el MRC es la principal necesidad psicológica insatisfecha que presentan las supervivientes mexicanas (Gálvez-

Hernández et al, 2021; Suchil-Bernal, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez & Meneses-García, 2016).

Dada la afectación que conlleva presentar niveles clínicos de MRC para las supervivientes de CaMa, la investigación se ha centrado en desarrollar y evaluar el impacto de diversas intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, dirigidas a disminuir los síntomas y efectos del MRC (Tauber et al., 2019). En la actualidad, se han publicado tres revisiones sistemáticas dirigidas en este sentido (Hall et al., 2018; Chen et al., 2018; Tauber et al., 2019), las cuales reportan una tendencia hacia la eficacia de las terapias cognitivo conductuales (TCC). Asimismo, se encontró que las intervenciones en formato grupal, que tienen como objetivo principal disminuir el MRC e incorporar técnicas y/o elementos de las terapias contextuales, resultan ser más eficaces y su efecto se mantiene durante el seguimiento a seis meses (Tauber et al., 2019).

Una de las intervenciones que ha demostrado mayor eficacia y que cuenta con las características antes descritas es la FORT, desarrollada para supervivientes canadienses de CaMa y cáncer ginecológico que reportan niveles clínicos de MRC (Maheu et al., 2016). Esta intervención grupal cuenta con un programa manualizado (manual de trabajo del paciente y manual del terapeuta) y se basa en estrategias y técnicas de la TCC; asimismo, incorpora aspectos del enfoque cognitivo-existencial que incluyen: lidiar con la ansiedad asociada a la muerte, aprender a vivir con incertidumbre y establecer metas futuras (Kissane et al., 2004).

A pesar de que la FORT es una intervención con un programa manualizado, basada en la evidencia, que ha mostrado eficacia para disminuir el MRC de supervivientes de CaMa canadienses (Tauber et al., 2019; Tomei et al., 2018), hasta el momento se desconoce si la intervención es relevante, comprensible, aceptable si se adapta culturalmente a las necesidades y el contexto de las supervivientes de CaMa con MRC que provienen de países en vías de desarrollo, como México. Es importante señalar que la FORT es una intervención desarrollada en un país (Canadá) donde las condiciones de los servicios de salud, el contexto sociocultural y económico de las supervivientes es radicalmente distinto al que viven en el día a día las supervivientes de CaMa mexicanas (Mariscal-Cancelada, Zamora-Suchiapa & Torres-Marquez, 2016).

En la actualidad, una crítica a las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia implementadas en una población culturalmente diferente a la original es que no abordan exhaustivamente componentes importantes de los contextos culturales específicos de los pacientes; como la relevancia del lenguaje, el contenido, y/o que los objetivos de los tratamientos sean compatibles con la cultura de los pacientes (Hall, Ibaraki, Huang, Marti & Stice, 2016).

La adaptación cultural implica la modificación sistemática de intervenciones y sus materiales (manuales de la intervención), considerando el idioma, la cultura y el contexto, con el objetivo de asegurar compatibilidad con los patrones culturales, significados y valores de los pacientes. Para mantener la fidelidad al tratamiento basado en la evidencia, generalmente se recomienda mantener los componentes centrales de la intervención; y al mismo tiempo hacer cambios para alcanzar la aceptabilidad, comprensibilidad, relevancia e integridad. Se han desarrollado modelos específicos que proporcionan una forma sistemática de evaluar el proceso de adaptación cultural (Bernal et al., 1995; Rodriguez & Wieling, 2004; Hwang, Wood, Lin & Cheung, 2006).

Existe evidencia de que las intervenciones adaptadas culturalmente son más eficaces a las no adaptadas, cuando se utilizan en poblaciones culturalmente distintas a la original (Benish et al., 2011; Cabral & Smith, 2011; Chowdhary et al., 2014; Griner & Smith, 2006; Hodge et al., 2010; Hodge et al., 2012; Jackson, Hodge, & Vaughn, 2010; Smith, Rodriguez, & Bernal, 2011; Smith & Trimble, 2016; van Loon et al., 2013). Por ejemplo, estudios que implementan intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en poblaciones culturalmente distintas a la original para tratar ansiedad, depresión y abuso de sustancias reportaron que las intervenciones adaptadas culturalmente presentan mayor eficacia en comparación con las no adaptadas (solo traducidas al idioma de la población meta) (Griner & Smith, 2006; Benish, Quintana & Wampold, 2011; Harper, Heim, Chowdhary, Maercker & Albanese, 2016).

Con base en lo descrito hasta el momento, se pretende que este trabajo contribuya a nivel clínico-social y metodológico. En cuanto al primero, este acercamiento identificaría los componentes del manual de la FORT que deben ajustarse a las características culturales de las supervivientes de CaMa mexicanas con MRC. Esperamos que los resultados permitan obtener una FORT comprensible, aceptable y relevante; es decir una intervención basada en

la evidencia y adaptada culturalmente para disminuir el MRC de estas pacientes, lo que es relevante al conocer que el MRC mostró recientemente ser una de las necesidades psicológicas insatisfechas en una muestra mexicana (Gálvez-Hernández et al, 2021).

A nivel metodológico, la contribución se encuentra al implementar un proceso exhaustivo de adaptación cultural por fases contribuirá a mejorar la aceptabilidad, comprensibilidad y relevancia de la FORT sin modificar sus elementos centrales. Asimismo, se brindará evidencia significativa de que es fundamental realizar procesos de adaptación cultural de las intervenciones psicológicas antes de implementarse en un contexto diferente. Por ello, en este trabajo se contestaron las siguientes preguntas de investigación.

4.2. Pregunta de investigación

- 1.- ¿La FORT es relevante, comprensible y aceptable para las supervivientes mexicanas de CaMa que reportan MRC?
- 2.- ¿Qué elementos de la FORT requieren adaptarse para que se ajusten al contexto y la cultura de las supervivientes mexicanas de CaMa que reportan MRC?

4.3. Objetivo general

Obtener una versión adaptada culturalmente de la intervención FORT para supervivientes de CaMa mexicanas con MRC.

4.4. Objetivos específicos

- Revisar las investigaciones publicadas sobre la supervivencia del CaMa y estudios relacionados con el MRC realizados en México para conocer el contexto actual de las supervivientes mexicanas.

- Evaluar la validez ecológica de cada una de las sesiones de la versión traducida al español de la intervención FORT.
- Evaluar la aceptabilidad, relevancia y comprensibilidad de las sesiones de la intervención FORT con baja validez ecológica.
- Analizar los datos obtenidos y tomar decisiones sobre el contenido de la intervención FORT que se adaptará culturalmente.

4.5. Hipótesis

Después del proceso de adaptación cultural, la FORT será comprensible, aceptable y relevante para las supervivientes mexicanas de CaMa con MRC.

4.6. Definición de las variables

En la tabla 4, se describe de manera detallada cada una de las variables de la investigación.

Tabla 4.
Definición de las variables de la investigación

Variable	Definición operacional
Comprensibilidad	Grado de acuerdo de los expertos sobre la claridad y facilidad para entender los elementos (ejercicios, ejemplos, tareas, etc) de la intervención FORT.
Aceptabilidad	Grado de acuerdo de los expertos sobre si los elementos de la intervención FORT (ejercicios, ejemplos, tareas, etc) son incómodos u ofensivos culturalmente para de las supervivientes mexicanas.
Relevancia	Grado de acuerdo de los expertos sobre si los elementos de la intervención FORT (ejercicios, ejemplos, tareas, etc) se relacionan con el contexto de las supervivientes mexicanas.
Variables del modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995)	
Variable	Definición operacional

1. Lenguaje	Grado de acuerdo de los expertos sobre si las palabras y expresiones utilizadas en la intervención FORT son comprensibles y cotidianas para las supervivientes mexicanas.
2. Persona	Grado de acuerdo de los expertos sobre si los elementos y las sesiones de la intervención FORT son adecuados para las supervivientes mexicanas.
3. Metáfora	Grado de acuerdo de los expertos sobre si la intervención FORT implementa símbolos, imágenes y conceptos culturalmente aceptables para las supervivientes mexicanas.
4. Contenido cultural	Grado de acuerdo de los expertos sobre si la intervención FORT utiliza información cultural (por ejemplo: costumbres, tradiciones y valores) que sea relevante para las supervivientes mexicanas.
5. Conceptos	Grado de acuerdo de los expertos sobre si la intervención FORT utiliza elementos fáciles de entender y/o relacionados con la cultura de las supervivientes mexicanas.
6. Objetivos del tratamiento	Grado de acuerdo de los expertos sobre si las metas de la intervención FORT toman en cuenta el contexto y la cultura de las supervivientes mexicanas.
7. Métodos para alcanzar los objetivos del tratamiento	Grado de acuerdo de los expertos sobre si las metas de la intervención FORT son compatibles y aceptables para las supervivientes mexicanas.
8. Contexto	Grado de acuerdo de los expertos sobre la importancia que los materiales de la FORT dan al contexto social, económico y de salud de las supervivientes.

4.7. Procedimiento

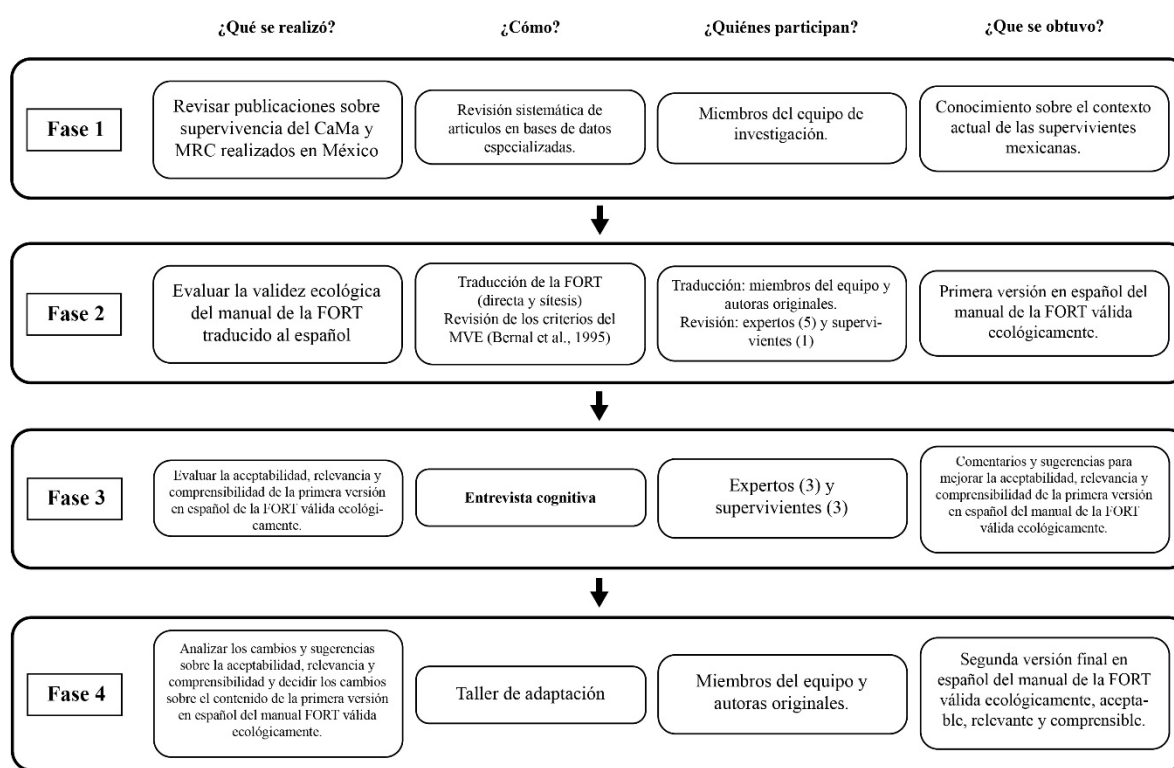
Se siguió un proceso de cuatro fases generales de adaptación cultural utilizado en una amplia gama de estudios de salud pública (Movsisyan et al., 2019; Brown et al., 2020; Perera et al., 2020; Singh et al., 2021), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (Dawson et al., 2015). Durante la primera fase, se realizó una revisión documental rápida como herramienta de recopilación de información para identificar estudios sobre la supervivencia del CaMa, programas de salud mental para este tipo de pacientes y estudios relacionados con el MRC en México. La segunda fase consistió en traducir literalmente el manual de la paciente de la intervención del inglés al español mexicano. Asimismo, se evaluó si el manual en español cumplía con los elementos para la adaptación sugeridos en el modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995); posteriormente, se hicieron las correcciones al manual. En la tercera fase, se realizaron entrevistas cognitivas a supervivientes de CaMa y a

expertos para comprobar que el manual de la intervención fuera comprensible, aceptable y relevante. Finalmente, durante la fase 4, se implementó un taller de adaptación, donde se revisaron los datos de las fases anteriores y se hicieron las adaptaciones y cambios sugeridos (para un mejor entendimiento, véase la figura 2).

Para fines de comprensión, a continuación, se desarrollará el método y resultados de cada fase.

Figura 2.

Proceso de la adaptación cultural de la FORT por fases.



Fase 1. Revisión documental

Objetivo de la fase

Revisar las investigaciones publicadas sobre la supervivencia del CaMa y estudios relacionados con el MRC realizados en México para conocer el contexto actual de las supervivientes mexicanas. Esta revisión se realizó en dos partes. La primera parte abarcó la revisión de estudios sobre supervivencia en México, salud mental y necesidades de las

supervivientes. La segunda parte se centró en revisar la investigación e intervenciones psicológicas para reducir el MRC de las supervivientes mexicanas.

Participantes

La revisión documental fue realizada por el equipo de investigación, quienes cuentan con las características que se muestran en la tabla 5.

Tabla 5

Características de los coordinadores del proyecto

-
- Posgrado en psicología clínica (maestría y/o doctorado)
 - Expertos en TCC
 - Experiencia en atención a pacientes y supervivientes de CaMa
 - Conocimiento teórico del MRC y el CaMa
 - Dominio del idioma español (lengua materna)
 - Dominio del idioma inglés (segunda lengua)
-

Procedimiento

Para hacer la revisión documental, se utilizó la guía para revisiones documentales de información relevante sobre salud mental (OMS, 2012), implementada en otros estudios que han adaptado culturalmente terapias psicológicas (Perera et al., 2020; Singh et al., 2021). Esta herramienta ayuda a resumir la información sobre salud mental y apoyo psicosocial en una región o país de manera sistemática.

La revisión documental se realizó de la siguiente manera:

- iv. Se utilizó como base una tabla de contenido (OMS, 2012; véase anexo 1) que describe los temas principales a documentar. La medida en que se pudo cubrir cada tema dependió de la información disponible hasta el año 2021.
- ii. Se realizaron búsquedas sistemáticas exhaustivas en bases de datos especializadas (PubMed, PsycINFO, Cochrane, CINAHL, Embase y Redalyc).

iii. Posteriormente, se seleccionaron los artículos sobre la supervivencia (incluidos aspectos sociales y económicos), la salud mental durante la supervivencia y el MRC de supervivientes de CaMa mexicanas.

iv. Se eligieron artículos sobre metaanálisis, revisiones sistemática y revisiones, cualitativos, cuantitativos y/o de métodos mixtos de los últimos 15 años, utilizando una combinación de palabras claves (véase en tabla 6). Además, se recopiló información de las principales webs que se encargan de brindar servicios e información sobre el CaMa y la supervivencia (por ejemplo: INCan, INFOCáncer, MILC, secretaria de salud, UNAM e INEGI).

Tabla 6

Estrategias de búsqueda para la revisión documental

(Mental health services OR Psycho* services OR Mental health treatment OR Psycho* treatment OR Mental health care OR Psycho* care OR Mental health intervention OR Psycho* intervention OR Mental health support OR Psycho* support OR Mental health program* OR Psycho* program*) AND (*Neoplasm OR Oncology*) AND (*Psychotherap* OR *cognitive-behav* OR *thera* OR *psychol* OR *treatment*) AND (*Anxiet* OR *Worr* OR *Fear* OR *Concern* OR *Common health disorders* OR *Common mental health difficulties* OR *Common mental health problems*) AND (*relapse* OR *recur* OR *progress*) AND (*Mexico* OR *South American*).

Análisis

La información más relevante de las investigaciones se sintetizó y se extrajeron los puntos más importantes sobre el contexto actual de las supervivientes mexicanas y sobre su salud mental.

Resultados

Los resultados manifiestan la existencia de información limitada sobre la supervivencia de CaMa en México y sobre los problemas de salud mental que afectan a esta población. Lo anterior podría deberse a la escasez de fondos y de tiempo disponibles para la investigación sobre el CaMa. Por ejemplo, en el 2011, en México se publicaron 72 ensayos clínicos sobre temas relacionados con el CaMa. De estos, el 92% fueron sustentados por la industria privada y el 8% restante por instituciones académicas (como el INCan y la UNAM). Este número

contrasta con las 400 publicaciones realizadas en Estados Unidos durante el mismo año (Chavarri-Guerra et al., 2012).

Otra problemática identificada, y que está relacionada con el punto anterior, es que no existen cifras oficiales de la supervivencia del CaMa en México. Sin embargo, se han publicado algunos estudios centrados en determinar la supervivencia de pacientes con CaMa tratados en hospitales públicos del país. Estas investigaciones estimaron que la supervivencia global³ y la supervivencia libre de enfermedad⁴ a cinco años es de 96.8% y 93.4%, respectivamente para pacientes con estadios tempranos; de 74.6% y 68.7% para estadios localmente avanzados, y de 35.9 y 37.4% para metastásicos (Dorado-Roncacio, Vazquez-Nares, Hernández-Garibay & García-González, 2020; Heredia-Caballero & Palacios-López, 2018; Maffuz-Aziz et al., 2016).

En cuanto a los aspectos de salud mental de las supervivientes, se ha reportado que el MRC es la principal necesidad psicológica insatisfecha (Suchil-Bernal, Rodriguez-Velazquez, Galindo-Vázquez & Meneses-García, 2016; Gálvez-Hernández et al., 2017 & 2021 Knaul et al., 2020; Hubbeling et al., 2022). Asimismo, se encontró que la ansiedad y la depresión también son problemas de salud mental que reportan frecuentemente las supervivientes (Suchil-Bernal, Rodriguez-Velazquez, Galindo-Vázquez & Meneses-García, 2016).

Finalmente, no se encontraron investigaciones publicadas sobre la implementación o la adaptación de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para disminuir el MRC del CaMa en México o en población latina (Tauber et al., 2019).

Esta revisión documental confirma que el MRC es una problemática que padecen la mayoría de las supervivientes de CaMa mexicanas y resalta la necesidad de una intervención psicológica basada en la evidencia para tratarla.

³ Supervivencia global: es el porcentaje de pacientes que siguen vivos desde que comenzaron sus tratamientos (Aldaz-Roldan & Correa, 2016).

⁴ Supervivencia libre de enfermedad: es el porcentaje de pacientes que transcurridos un periodo definido de tiempo no han empeorado (sin la progresión de la enfermedad) desde el final de sus tratamientos (Aldaz-Roldan & Correa, 2016).

Fase 2. Traducción y revisión

Objetivo de la fase

Evaluar la validez ecológica de cada una de las sesiones de la versión traducida al español de la intervención FORT.

Materiales

Libro de trabajo para la paciente (Maheu & Lebel, 2014). Documento de 52 hojas, diseñado para las pacientes que están recibiendo la FORT. Este se divide en seis sesiones y cuenta con los objetivos, instrucciones y actividades específicas a realizar bajo la supervisión de un terapeuta especializado.

Formato de Jueceo. Formato de calificación diseñado por los miembros del equipo para que los jueces expertos evalúen el manual de la intervención FORT. En el formato se realizan preguntas basadas en los ocho elementos del modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) para evaluar si las secciones del manual FORT se adaptan al contexto de las supervivientes mexicanas con MRC. Si una de las secciones no cumple con alguna de las dimensiones evaluadas, se les pide a los jueces que realicen recomendaciones. Para ver con mayor detalle el formato de jueceo, véase el anexo 2.

Procedimiento

a. Contactar a las autoras originales para la obtención del manual de la paciente de la intervención FORT.

El primer paso fue contactar a las autoras originales de la intervención FORT (vía correo electrónico) y agendar una videollamada (vía zoom) para presentarles el proyecto de adaptación cultural. Posteriormente, se solicitó su autorización para realizar el proyecto y se obtuvo el manual original (en inglés) de la intervención.

b. Traducción del manual de la paciente de la intervención FORT del inglés al español mexicano.

Primero se realizó una **traducción directa**. Para esto, cada miembro del equipo tradujo de manera independiente (durante dos semanas) todo el contenido del manual de la paciente en su versión original a español mexicano.

Posteriormente, se realizó una **síntesis de las traducciones**, donde los miembros del equipo se reunieron durante dos semanas para comparar sus versiones traducidas del manual de la paciente y discutieron las discrepancias entre sus versiones hasta alcanzar un consenso. Asimismo, si existían dudas específicas, desacuerdos o preguntas sobre terminología utilizada en los materiales de la intervención, los miembros del equipo se reunían con las autoras originales (por videollamada) para obtener la información necesaria y opiniones que ayudaran a realizar una traducción óptima y alcanzar acuerdos.

Finalmente, se obtuvo la primera versión en español mexicano del manual para la paciente de la intervención FORT.

c. Revisión de expertos del manual para la paciente en español

Para evaluar si la versión en español del manual de la intervención FORT se adaptaba al contexto cultural de las supervivientes mexicanas, se pidió a jueces expertos que revisaran los materiales de la intervención de manera exhaustiva, tomando en cuenta los elementos del modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995). Para esto, se realizaron los siguientes pasos:

1.- La versión del manual en español de la intervención FORT fue dividida por secciones (un total de 37 secciones) para que fuera más fácil identificar cada uno de los elementos del modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) durante la evaluación de los expertos.

2.- Al mismo tiempo, se realizó un formato de jueceo, donde se explicaba de manera detallada cada una de las ocho dimensiones del MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995), definidas operacionalmente, para que los expertos pudieran evaluar la ausencia o presencia de los elementos en las secciones y subsecciones del manual. En caso de que los expertos detectaran la ausencia de alguna de las dimensiones del MVE, se les pedía que argumentaran por qué la

sección no cumplía con la dimensión y se les pedía que dieran recomendaciones y/o comentarios para que la sección pudiera cumplir con la dimensión.

3.- Además, se buscó en el equipo de psicología del INCan a expertos que cumplieran con los criterios de inclusión descritos en la tabla 7.

Tabla 7

Características de los jueces expertos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Posgrado en psicología clínica (maestría y/o doctorado)• Expertos en la TCC• Experiencia en atención a pacientes y supervivientes de CaMa (mínimo un año)• Dominio del idioma español (lengua materna)• Comprensión del idioma inglés	<ul style="list-style-type: none">• Licenciatura en psicología• Desconocimiento de la TCC• Sin experiencia en atención a pacientes y supervivientes de CaMa• Desconocimiento del idioma español• Desconocimiento del idioma inglés

4.- Asimismo, por recomendación de las autoras originales, se incluyó a una superviviente mexicana de CaMa que había sido atendida en el INCan, contaba con escolaridad universitaria (posgrado en relaciones internacionales), su lengua materna era el español y tenía dominio del idioma inglés.

5.- Una vez identificados, se contactó a los jueces por videollamada y/o por teléfono y se les invitó a formar parte del proyecto. Asimismo, se les explicó de manera detallada y clara el objetivo de la investigación.

6.- Después de que los jueces aceptaron formar parte del proyecto, se envió (por correo electrónico) la versión en español del manual FORT y los formatos de jueceo (anexo 2).

4.- Finalmente, se acordó que cada juez tenía un plazo de 30 días hábiles para revisar y reenviar el manual de la intervención al equipo de investigación.

d. Analizar las observaciones de los expertos y realizar los ajustes necesarios a el manual de la intervención.

Se recopilaron los comentarios de los expertos acerca de las secciones y subsecciones del manual de la intervención y se analizaron los datos obtenidos. Posteriormente, los miembros del equipo se reunieron durante dos semanas para revisar e incluir las modificaciones sugeridas por los expertos.

Finalmente, se obtuvo la segunda versión del manual para la paciente de la intervención FORT en español mexicano.

Análisis de datos

Con el objetivo de comparar las observaciones de los jueces sobre si las secciones y subsecciones de la versión en español del manual de la intervención cumplían con cada uno de los elementos de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995), los datos recogidos fueron almacenados en una base de datos y procesados estadísticamente en el programa IBM SPSS versión 26. Dado que nuestro estudio consideraba a más de tres expertos en el proceso, se determinó el grado de acuerdo entre ellos con el coeficiente de Kappa de Fleiss, como estadístico de análisis utilizado para evaluar la concordancia entre tres o más evaluadores que juzgan independientemente criterios de medida, a través de un instrumento, que consiste en un determinado número de categorías de naturaleza nominal. La fórmula es la siguiente:

$$\bar{K} = 1 - \frac{n m^2 - \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r x_{ij}^2}{n m (m - 1) \sum_{j=1}^r \bar{p}_j \bar{q}_j}$$

Los símbolos de la fórmula vienen identificados por las siguientes correspondencias:

n : corresponde con el número total de conductas o códigos a registrar;

m : identifica el número de codificaciones;

- x_{ij} : define el número de registros de la conducta i en la categoría j ;
- r : indica el número de categorías de que se compone el sistema nominal;
- p : es la proporción de acuerdos positivos entre codificadores;
- q : es la proporción de acuerdos negativos (no acuerdos) en codificadores ($1 - p$).

El valor mínimo asumido por el coeficiente es 0 y el máximo es 1. Para la interpretación de este coeficiente se tomó en cuenta la escala establecida por Landis y Koch (1977), que expresa cualitativamente la fuerza de concordancia entre los evaluadores (véase tabla 8).

Tabla 8
Valoración del coeficiente Kappa

Valor k	Fuerza de concordancia
0	Pobre
.10 - .20	Leve
.21 - .40	Aceptable
.41 - .60	Moderada
.61 - .80	Considerable
.81 - 1	Casi perfecta

Nota. Extraído de Landis & Koch. (1995). *The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics*, 33, pp 159-174

Para el tratamiento de los comentarios realizados por los jueces expertos, se realizó un análisis de contenido rápido de todos los formatos de jueceo (Brown et al., 2020). Este método permite identificar, organizar, analizar en detalle y proporcionar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura y relectura de la información recogida, y así inferir resultados que propicien la adecuada comprensión de las observaciones y críticas de los expertos (Gale, Heath, Cameron, Rashid & Redwood, 2013).

El análisis de los datos estuvo compuesto por tres fases:

- 1.- Familiarización de los datos: se realizó la transcripción, lectura y relectura de las observaciones y críticas realizadas por los expertos.
- 2.- Categorización y codificación: se hizo una categorización deductiva derivada de los elementos del modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla y Bellido, 1995). Posteriormente,

se organizaron grupos de información de un mismo significado y se codificó la mayor cantidad posible de patrones de información.

3.- Definición y modificación: los miembros del equipo releieron los códigos y se eligieron los cambios que se integrarían a las secciones y subsecciones. Posteriormente, se realizaron las modificaciones para adaptar culturalmente el manual de la superviviente.

Resultados

Sobre la evaluación del manual de la intervención, se calculó el coeficiente de kappa de Fleiss, el cual tomó en cuenta la proporción de acuerdos ocurridos en cada dimensión del modelo de validez ecológica (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995), y estimó la magnitud en la fuerza de concordancia entre los expertos, interpretada desde aceptable hasta casi perfecta (véase tabla 9). Además, es importante destacar que, en el manual de la paciente, la categoría metáfora fue la que obtuvo menor proporción de acuerdos entre los jueces.

Tabla 9

Fuerza de concordancia entre observadores para las dimensiones evaluadas del manual de la FORT.

Dimensiones	Coeficiente Kappa de Fleiss	Fuerza de concordancia
Lenguaje	.82	Casi perfecta
Persona	.87	Casi perfecta
Metáfora	.60	Moderada
Contenido	.84	Casi perfecta
Conceptos	.85	Casi perfecta
Objetivos del tratamiento	.86	Casi perfecta
Métodos	.82	Casi perfecta
Contexto	.86	Casi perfecta

De igual forma, se obtuvo el coeficiente de kappa de Fleiss de la introducción y las seis sesiones de la intervención, de los cuales fue evidente la variabilidad entre leve y casi perfecta por los expertos en el manual de la intervención (tabla 10).

Tabla 10

Concordancia por sesiones del manual de la paciente.

Dimensiones	Coeficiente Kappa de Fleiss (libro de trabajo del paciente)						
	Introducción	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Lenguaje	1	.56	.91	.32	1	1	1
Persona	.30	.90	1	.91	1	1	1
Metáfora	.30	.29	.40	.49	.72	1	1
Contenido	.60	.69	.93	.83	1	.86	1
Conceptos	.60	.79	.87	.74	.86	.86	1
Objetivos del tratamiento	.60	.90	.87	.83	.86	1	1
Procedimiento	.60	.79	.93	.83	1	.65	1
Contexto	.60	.73	.87	.83	1	1	1

Con el análisis de contenido rápido, pudimos identificar los principales comentarios, críticas y cambios que los expertos sugerían para que el manual de la intervención se adaptara al contexto de las supervivientes mexicanas de CaMa. La naturaleza y nivel de los comentarios variaron enormemente y se trataron de resumir en la descripción a continuación, por categoría.

Lenguaje

Los expertos mencionaron que era importante que algunas palabras, frases y/o conceptos del manual de la intervención, se modificaran para que el manual fuera más fácil de comprender para las supervivientes. Uno de los cambios más importantes fue cambiar la redacción de las secciones del manual de un lenguaje formal (usted) a un lenguaje informal (tú) para referirnos

más apropiadamente a las supervivientes. Los expertos argumentaron que este cambio en la forma de dirigirnos a las usuarias podría reducir la distancia interpersonal entre los terapeutas y las supervivientes. Asimismo, otro cambio sugerido durante la evaluación fue reducir el uso de tecnicismos (por ejemplo: recurrencia, percepción, incertidumbre, entre otros), ya que esto podría dificultar la comprensión de las secciones del manual. Para solucionar esto, los miembros del equipo decidieron seguir las recomendaciones de los expertos y cambiaron la terminología más difícil de comprender por sinónimos o frases equivalentes en el español mexicano y que fueran más cotidianas para las supervivientes. Ejemplos de lo anterior son: recurrencia del cáncer por regreso del cáncer, percepción por darse cuenta e incertidumbre por dudar/desconocer.

Persona

Similar a lo anterior, los expertos mencionaron que el uso de tecnicismos en el manual de la intervención podría dificultar el ritmo de la intervención, debido a que los terapeutas podrían invertir tiempo importante de las sesiones para explicar a las supervivientes cada uno de los términos. Por lo tanto, los expertos recalcaron que el manual sea fácil de comprender.

Además, los expertos señalaron que el perfil del profesional que implemente la intervención FORT en México debe tener una formación básica en TCC y estar familiarizado con atención a pacientes y supervivientes de CaMa. Esto debido al nivel de complejidad y especialización de la disciplina psicológica en los ejercicios y técnicas utilizadas en el manual. Se hace hincapié en la formación del terapeuta ya que, en su versión original, la FORT menciona que enfermeras, trabajadores sociales e incluso médicos pueden implementar esta intervención. Los expertos mencionaron que, en el contexto mexicano, esto no podría ser así debido a factores como el contexto hospitalario y la preparación de los profesionales.

Metáfora

Durante la evaluación de esta dimensión, los expertos mencionaron que era importante incluir imágenes, refranes e historias en algunas secciones del manual de la intervención, ya que

esto podría ayudar a que algunos ejercicios o recomendaciones fueran más fáciles de entender para las supervivientes. Por ejemplo, en la sección ¿Qué pasa cuando evitas y cuando afrontas?, donde se explica a las supervivientes que evitar estímulos relacionados con el cáncer y la recurrencia de la enfermedad podrían estar manteniendo y aumentando su MRC, los expertos mencionaron que las gráficas usadas en el manual original para explicar este apartado (véase figura 5) podrían ser difíciles de comprender, sobre todo para supervivientes con bajo nivel académico. Por lo anterior, los expertos sugirieron que agregar una historia que explicara, a través de un ejemplo cotidiano, qué es la evitación y la exposición, podría hacer más fácil de comprender esta sección para las usuarias. Por lo tanto, los miembros del equipo decidieron seguir la recomendación de los expertos y agregaron la historia de “Rocío y su miedo a los perros” para explicar de manera detallada y sencilla esta sección (véase figura 5).

Contenido

En la evaluación de la dimensión de contenido, los expertos mencionaron que el manual de la FORT utilizaba ejemplos, narraciones e imágenes que podrían adaptarse al contexto de las supervivientes mexicanas para mejorar su aceptabilidad y relevancia cultural. Por ejemplo, en el ejercicio “identifica tu peor miedo” (véase figura 6) donde con una narrativa se ejemplifica como una superviviente de cáncer imagina que sería recibir un diagnóstico de recurrencia del cáncer, los expertos sugirieron que se realizaran los siguientes cambios: 1) cambiar el nombre de los personajes (que sea cotidiano para las supervivientes mexicanas); 2) modificar el contexto para que sea más parecido al que viven las supervivientes cuando asisten a una cita de seguimiento médico (por ejemplo, que el contexto se parezca al del INCan); 3) agregar algunas imágenes al ejemplo para que la narrativa sea más fácil de imaginar y comprender.

De acuerdo a las sugerencias de los expertos, los miembros del equipo decidieron realizar los siguientes cambios: 1) se modificaron los nombres de los personajes: Adam (versión original) por Adán (versión adaptada) y Dr. Sinclair (versión original) por la oncóloga (versión adaptada) para que fueran congruentes para las usuarias; 2) el contexto se modificó para que fuera más cotidiano para las supervivientes (la historia se lleva a cabo en la sala de espera

del INCan); y 3) se agregaron personajes ilustrados que acompañan la narración para que fuera más fácil de imaginar el ejemplo del peor escenario (véase figura 6).

Conceptos

Durante la evaluación del manual, los expertos mencionaron que algunos conceptos psicológicos podrían ser difíciles de entender o causar confusión en las supervivientes que utilicen el manual de la intervención. Por ejemplo, conceptos como reestructuración cognitiva, autoinstrucciones tranquilizadores, entre otros. Tomando en cuenta las sugerencias, los miembros del equipo decidieron agregar una explicación más detallada para cada concepto identificado como difícil por los expertos fuera más fácil de comprender para las usuarias (véase en figura 7).

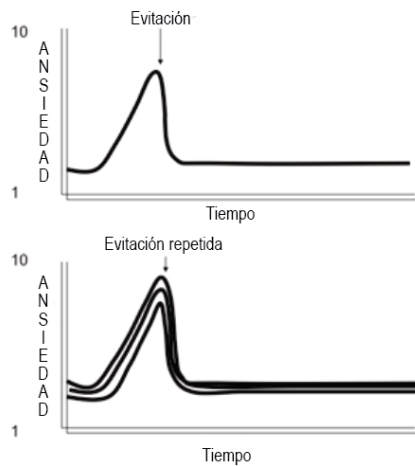
Figura 5

Cambios relacionados a la dimensión de metáfora en la sección “¿Qué pasa cuando evitas y cuando enfrentas?”

Manual original

Evitación

Evitar puede generar un pico de ansiedad. Entre más evites, más grande será tu ansiedad con el tiempo.



Manual adaptado (ejemplo)

¿Qué pasa cuando evitamos?

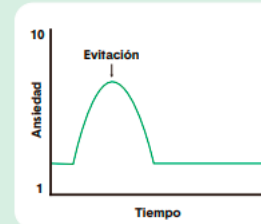


Rocío le tiene mucho miedo a los **perros**. Hace unos años, a Rocío la mordió un perro mientras paseaba por su colonia. Desde ese incidente, ella ha tenido miedo de ver, estar cerca e interactuar con los perros.

Un día, Rocío abre su puerta y descubre que su vecino está paseando a su perro justo en frente de su casa. Cuando ve al perro, el **miedo** de Rocío aumenta considerablemente y su ansiedad incrementa (ver **imagen 1**).



Evitación (imagen 1)



Para hacer frente a estos sentimientos, Rocío decide **evitar al perro** y a su dueño y rápidamente regresa a su casa. Una vez que regresa a su casa, **su ansiedad se reduce** casi instantáneamente.

Esto es lo “bueno” de la evitación: funciona muy rápidamente.

Figura 6

Cambios relacionados a la dimensión de contenido en la sección “imagina tu peor escenario”

Manual original

Aquí hay un ejemplo de un escenario de caso desafiante:

Hoy me acompaño Adam, mi esposo desde hace 20 años, a mi cita de seguimiento de 6 meses con el oncólogo, el Dr. Sinclair. Odio estas citas. Me ponen tan ansiosa durante semanas. Y siento que el Dr. Sinclair tiene muy pocas cosas que decirnos y que nunca estoy segura de que tenga tiempo de escuchar mis inquietudes. Como de costumbre, Adam está bastante callado. Supongo que trata de estar relajado para lidiar con el estrés. Creo que trata de mantener la calma y el optimismo por mi bien y el de nuestro hijo e hija. Hoy, no tenemos que esperar mucho antes de que el Dr. Sinclair se reúna con nosotros.

Inmediatamente me doy cuenta de que parece más serio que de costumbre. Empiezo a sentir pánico. Él nos dice que tiene malas noticias y que mi cáncer ha regresado. Todavía no saben el alcance total de esto, necesitamos hacer más pruebas, pero parece que tenemos que pasar por esa horrible quimioterapia nuevamente.

Manual adaptado



Hoy me acompaño mi esposo **Adán** a mi cita de seguimiento de 6 meses en el INCan. Odio estas citas. Me ponen muy ansiosa durante semanas. Siempre que voy, siento que la consulta con la oncóloga dura muy poco y no resuelve mis dudas sobre la recurrencia(...) siempre me quedo con muchas preguntas.



Como es costumbre, Adán está bastante callado. Supongo que también está preocupado por mi cita de seguimiento y prefiere lidiar con su estrés y sus nervios en silencio. Pienso que trata de mantener la calma y el optimismo por mi bien y el bien de nuestros hijos.



Hoy no tenemos que estar mucho tiempo en la sala de espera antes de entrar a la consulta con la oncóloga. Cuando entramos a su consultorio, inmediatamente me doy cuenta de que la doctora parece más seria de lo habitual. Empiezo a sentir pánico.

Figura 7

Cambios relacionados a la dimensión de concepto en el manual de la intervención

Versión original

Registro de pensamientos

Esta primera sesión se ha centrado en comprender tu miedo a la recurrencia del cáncer y en aprender nuevas habilidades. Una de esas habilidades se llama **reestructuración cognitiva**. Completa el siguiente registro de pensamientos antes de tu próxima sesión. Tómate unos minutos cada día para escribir tus temores sobre la recurrencia.

Versión adaptada

Ejercicio en casa 1**Registro de pensamientos**

Esta primera sesión se ha centrado en comprender tu miedo a la recurrencia del cáncer y en **aprender nuevas habilidades**. Una de las habilidades que realizamos en el **ejercicio 2** se conoce como **reestructuración cognitiva**.

**Reestructuración cognitiva**

Consiste en que **identifiques** y **cuestiones** los pensamientos que te causan malestar y los cambies por respuestas realistas. Esto te ayudará a sentirte mejor.

Objetivo

De manera general, los expertos mencionaron que los objetivos de la intervención son congruentes con las necesidades de las supervivientes mexicanas con MRC. Sin embargo, sugirieron que los objetivos a alcanzar en cada una de las sesiones se mencionaran detalladamente al inicio de las secciones, para informar a las usuarias qué es lo que van a aprender durante cada sesión. Tomando en cuenta esta sugerencia, los miembros del equipo decidieron hacerlo, así como describir qué temas se revisarán y qué estrategias aprenderán.

Figura 8

Cambios relacionados a la dimensión de objetivo


Manual original

Sesión 2

- **APRENDER A MANEJAR LAS PREOCUPACIONES Y LA INCERTIDUMBRE**

- **APRENDER A UTILIZAR AUTOINSTRUCCIONES TRANQUILIZADORAS Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**

Manual adaptado



Objetivos de la sesión

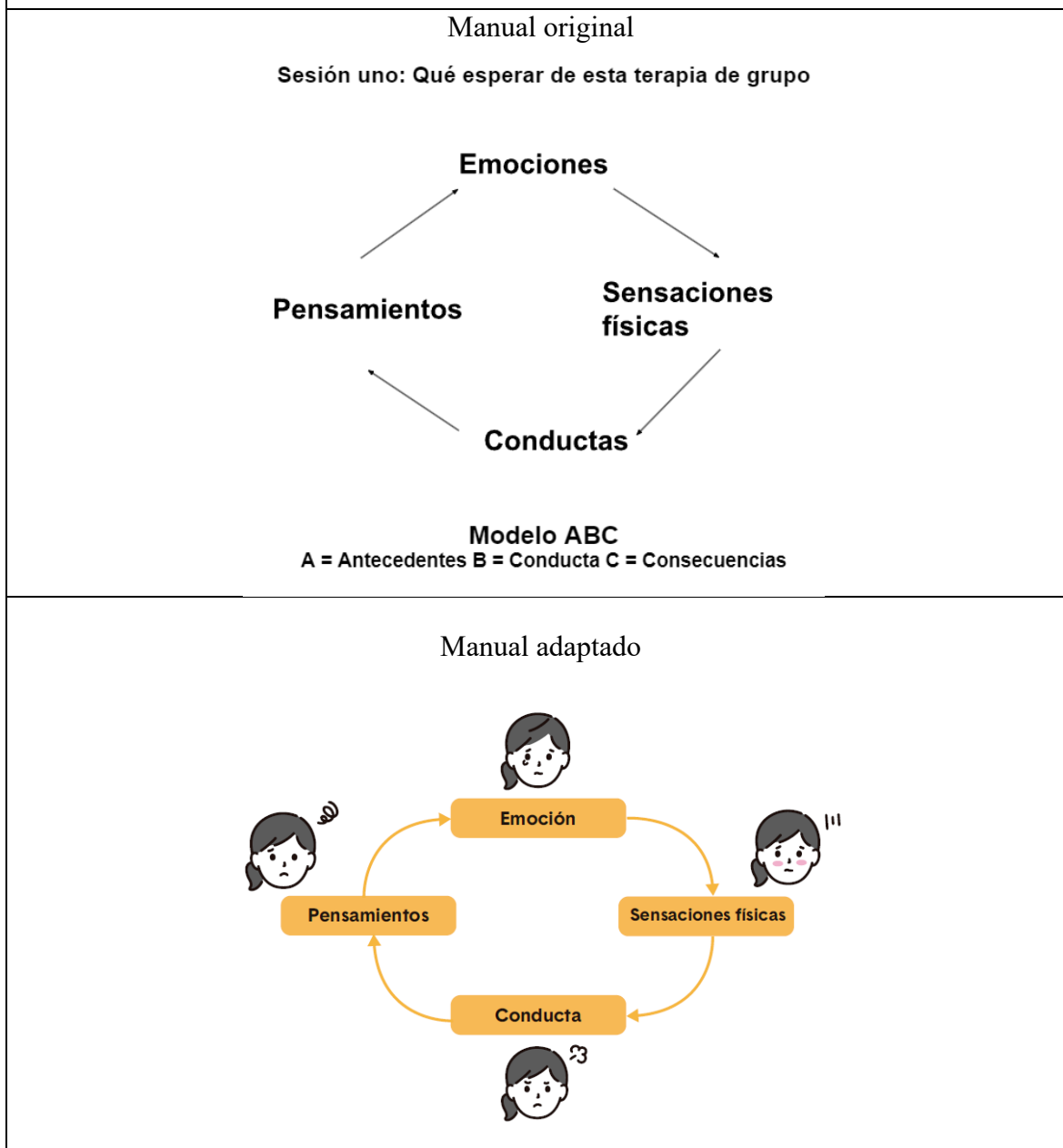
- 1 Brindar información para disminuir la incertidumbre.
- 2 Indicar que en la **sesión 3**, invitaremos a un profesional de la salud (o veremos un video en YouTube) que dará información a las participantes sobre el cáncer de mama, su tratamiento y cómo distinguir los síntomas benignos de los que podrían indicar recurrencia.
- 3 Ayudaremos a las participantes a aceptar y afrontar el hecho de que la incertidumbre no puede eliminarse por completo.
- 4 Les enseñaremos otra habilidad para enfrentarse a la incertidumbre: **autoinstrucciones tranquilizadoras**.

Método

Durante la evaluación del manual, los expertos no encontraron problemas en la compatibilidad de los procedimientos que se emplean en las secciones del manual entre la cultura canadiense y la cultura mexicana. Sin embargo, señalaron modificar el formato del manual, añadir imágenes, cuadros de texto y ejemplos que podrían beneficiar la adherencia terapéutica y la comprensión de las supervivientes (véase figura 9).

Figura 9

Cambios relacionados a la dimensión de método



Contexto

Para el último elemento evaluado, los expertos mencionaron que, para una mejor comprensión de algunas secciones, sería importante añadir ejemplos de experiencias cotidianas de las supervivientes. Por ejemplo, en la sección *¿cómo te afectan tus pensamientos?*, que tenía como objetivo explicar cómo algunas situaciones pueden ocasionarnos pensamientos, conductas y sensaciones fisiológicas, se decidió agregar una situación cotidiana que explicara el objetivo de la sección. En el ejemplo, se agregaron personajes que tenían un mal entendido en la calle y se explica cómo los pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y el comportamiento están relacionados (véase figura 10).

Figura 10

Cambios relacionados a la dimensión de contexto en la sección “¿Cómo te afectan tus pensamientos?”



Finalmente, gracias a la evaluación expertos del manual original, se identificaron 18 secciones, de 37 revisadas, que presentaban un gran número de comentarios y/o sugerencias

de cambio. Para fines de viabilidad, los coordinadores decidieron evaluar estas secciones en las entrevistas cognitivas (fase 3).

Fase 3. Entrevista cognitiva

Objetivo de la fase

Evaluar la aceptabilidad, relevancia y comprensibilidad de las sesiones de la intervención FORT con baja validez ecológica mediante una entrevista cognitiva a dos grupos focales.

Participantes

Para la conformación de los grupos focales, se llevó a cabo un muestreo por conveniencia (Cull et al., 2002) de supervivientes de CaMa (n=3) y profesionales de la salud (n=3) que contaban con las características presentadas en la tabla 11.

Tabla 11

Características de las supervivientes y profesionales de la salud

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Supervivientes de CaMa	
<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 18 años • Refirieron apoyo psicológico por MRC • Que tengan un equipo de cómputo o teléfono inteligente para realizar videollamadas • Tener acceso a internet • 6 años de escolaridad (mínimo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervivientes con recurrencia • Pacientes que estén por terminar su tratamiento • Consumo de drogas • Enfermedades psiquiátricas • No contar con equipo para realizar videollamadas • No tener acceso a internet • No saber leer • No saber escribir
Profesionales de la salud	
<ul style="list-style-type: none"> • Ser personal de salud del INCan • Tener experiencia en atención a pacientes y supervivientes de CaMa • Conocimiento de la TCC • Tener un equipo de cómputo o teléfono inteligente para realizar videollamadas • Tener acceso a internet 	<ul style="list-style-type: none"> • No ser personal de salud del INCan. • No tener experiencia en atención a pacientes y supervivientes de CaMa. • Desconocimiento de la TCC • No tener un equipo de cómputo o telefónico para hacer videollamadas. • No tener acceso a internet

Escenario

La fase 3 se llevó a cabo a distancia y en formato virtual (a través de videollamadas con el programa zoom), debido a que el 30 de enero del 2020 la OMS declaró que el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (CoVID-19) era una emergencia de salud pública mundial, por lo cual recomendó confinar a la mayoría de la población (Talevi et al., 2020).

Materiales

Manual de la intervención FORT para la superviviente. Se eligieron 18 secciones (de un total de 37). Cada sección revisada en las entrevistas cognitivas fue elegida de acuerdo a los comentarios y críticas realizados por los expertos durante la fase 2, debido a que estas podrían plantear problemas en la aceptabilidad, relevancia y comprensión en el manual de la paciente.

Formato de entrevista cognitiva. Formato diseñado para evaluar las secciones del manual FORT, mediante preguntas sobre la comprensión, aceptabilidad y relevancia (véase en anexo 3).

Procedimiento

- 1.- Para el grupo de supervivientes, se invitó a pacientes que llevaran su tratamiento en el INCan y cumplieran con los criterios de inclusión. De igual forma, se invitó a profesionales de salud que trabajaban en el INCan y tenían experiencia con pacientes y supervivientes de CaMa.
- 2.- Después de identificar a los participantes, se les invitó y explicó brevemente la investigación. Después de que aceptaron participar en el proyecto, se acordó que las entrevistas cognitivas se realizarían en grupos focales (por videollamada) en tres sesiones semanales durante dos horas.
- 3.- Posteriormente, los participantes recibieron, vía correo electrónico, una copia digital del material que se revisaría durante las entrevistas cognitivas.
- 4.- Los participantes asistieron a la primera sesión y se les explicó detalladamente en qué consistía el estudio. Asimismo, se les recalcó que las entrevistas serían grabadas (solo en audio) para ser analizadas posteriormente. También, se les entregó un formato de

consentimiento informado de participación voluntaria, el cual se les pidió que leyeran detenidamente y que firmaran (digitalmente) si estaban de acuerdo con el estudio.

5.- Durante las entrevistas cognitivas en línea, se compartía en la sesión de zoom a los participantes las 18 secciones que tenían baja validez ecológica (seleccionadas en la fase 2), y se les pedía según su juicio experto y/o experiencia valorar la relevancia, comprensibilidad, aceptabilidad (de acuerdo a las definiciones asumidas, véase tabla 4) de estas secciones.

6.- Durante las entrevistas cognitivas, también se contó con la ayuda de dos miembros del equipo que iban codificando las respuestas y las observaciones de los expertos en una base de datos al mismo tiempo.

7.- Finalmente, se transcribieron las entrevistas cognitivas y se analizaron los datos.

Análisis de datos

Para el tratamiento de la información obtenida en las entrevistas cognitivas, se realizó un análisis cualitativo sistemático basado en la literatura sobre el uso de las entrevistas cognitivas en el desarrollo y adaptación de instrumentos e intervenciones psicológicas (Knafl et al., 2007; Fowler, 1995) que permite una revisión exhaustiva con respecto a la comprensión, relevancia y aceptabilidad que valoraron los participantes hacia cada una de las 18 secciones evaluadas en el manual.

A continuación, se describirá una visión general de los procesos específicos que utilizamos para gestionar, analizar e interpretar los datos de las entrevistas cognitivas.

1.- Transcripción de las entrevistas.

Debido a que la intención de las entrevistas cognitivas era obtener datos que pudieran utilizarse para evaluar la relevancia, aceptabilidad y comprensibilidad de las 18 secciones elegidas del manual, la unidad de análisis fue la sección y no el participante. Por este motivo, decidimos no generar una transcripción convencional de la entrevista de cada participante. En su lugar, introducimos las transcripciones literales de los comentarios de cada una de los participantes en la sección y criterio evaluado. Este enfoque de las transcripciones facilitó

nuestra capacidad para revisar todos los datos que habíamos recibido de cada una de las secciones (véase en ejemplo en anexo 4).

2.- Identificación de los problemas de las secciones.

Tras la creación de la base de datos, la siguiente tarea fue identificar los problemas observados por los expertos y las supervivientes en cada una de las secciones. Por ejemplo, si los comentarios sobre una sección revelaban que es ofensiva para la mayoría de los participantes, se identificaba como un **problema de aceptabilidad**; si los comentarios sobre una sección sugerían que la redacción limitaba su aplicabilidad, se identificaba como un **problema de comprensión**; si la sección no estaba en consonancia con el contexto de las supervivientes de CaMa, se identificaba como un **problema de relevancia**. Para asegurar la revisión sistemática de los datos de cada sección, desarrollamos una plantilla para resumir las opiniones de los participantes. El formato que desarrollamos incluía el resumen de la interpretación de los participantes de cada sección y una categorización de los tipos de problemas que reportaron (para más detalle, véase ejemplo en la tabla 12).

Tabla 12

Resumen de los datos de las supervivientes para la sección “¿Qué es el miedo a la recurrencia?”

Tipos de problema	Participantes		
	Superviviente 1	Superviviente 2	Superviviente 3
Problemas de aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo que explica el MRC puede ser agresivo para las supervivientes, ya que da a entender que el MRC es malo, cuando cierto miedo puede ser benéfico para nosotras (permite estar alertas). 		<ul style="list-style-type: none"> • El modelo de MRC puede ser confuso e incluso ofensivo para algunas supervivientes.
Problemas de comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • No hay una introducción que explique el modelo de MRC. • El esquema de MRC es difícil de entender. • Palabras como: detonadores e incertidumbre pueden ser difíciles de comprender para supervivientes con baja escolaridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La participante afirma que no comprende el modelo que explica el miedo a la recurrencia del cáncer. • El esquema es difícil de entender, podrían agregar instrucciones que faciliten la comprensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo de MRC utiliza palabras que no son fáciles de entender (por ejemplo, detonador). • El esquema de MRC es difícil de comprender. • Palabras como detonadores e incertidumbre son palabras poco comunes.
Problemas de relevancia	<ul style="list-style-type: none"> • No hay ejemplos que muestren cómo viven las supervivientes el MRC 		<ul style="list-style-type: none"> • Faltan ejemplo que muestren cómo se experimenta el miedo a la recurrencia.

Resultados

Debido a los resúmenes de la opinión de los expertos y las supervivientes y la categorización de los tipos de problemas, pudimos identificar sistemáticamente problemas en la comprensión, aceptabilidad y relevancia en cada una de las secciones.

Con el fin de mostrar estos datos de manera precisa, decidimos resumir las observaciones más importantes por sesión y por tipo de problema.

Secciones de la sesión 1

Problemas de comprensión

Durante la entrevista cognitiva, los participantes coincidieron que cuatro de las cinco secciones revisadas de la sesión 1 utilizaban palabras o términos difíciles de entender, los cuales podrían dificultar la comprensión del manual e incluso limitar su aplicabilidad en las supervivientes de CaMa mexicanas. Por ejemplo, en la sección “¿cómo identificar tus pensamientos?” —donde se les explica a las supervivientes la relación que existen entre sus pensamientos, sus emociones, su conducta y las sensaciones físicas— los participantes comentaron que, en México, no se tiene una idea clara sobre la diferencia entre pensamientos y emociones.

Superviviente 1: cuando le preguntas a alguien ¿cómo te sientes?, luego, luego te responde que se siente mal porque le fue mal en el hospital o que le fue mal en algo, pero no te dicen a la primera ¿cómo se sienten? Por ejemplo, deprimido, con miedo, ansioso, etc. Por esto, yo creo que, para que queden más claros los conceptos que preguntas, podrías agregar a qué te refieres con cada uno y poner un ejemplo para que se entienda mejor.

Superviviente 2: como que tengo en la mente la diferencia entre un pensamiento y una emoción, pero no sé explicarla bien ¿Una emoción es algo que sientes en el cuerpo y un pensamiento podría ser algo que pasa por tu cabeza? Creo que en esta sección deberían de explicarla mejor y poner incluso imágenes para que las pacientes lo entiendan.

Superviviente 3: no entiendo bien el ejemplo a la primera. Creo que debes explicar mejor qué incluye cada punto. Por ejemplo, pensamientos es difícil de entender.

Otro ejemplo sobre problemas de comprensión se dio en la sección “¿Qué es el MRC?” — donde se les explica a las supervivientes, a través de un esquema (ver figura 11) cómo surge el MRC. Los participantes opinaron que esta sección podría ser compleja, ya que no todas las supervivientes están familiarizadas comprendiendo la información a través de esquemas. Además, señalaron que términos como “detonadores”, “incertidumbre”, “creencias erróneas” y “recurrencia” son palabras difíciles para las supervivientes mexicanas.

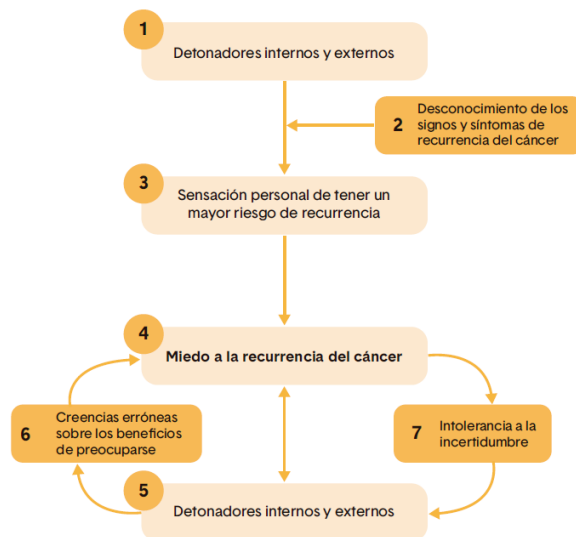
Profesional 1: el esquema está difícil. Yo no lo entendí a la primera (y si me pides que lo repita, seguro lo digo mal). Puede que, si lo vas explicando poco a poco, se llegué a entender mejor, pero, las pacientes con menos escolaridad no lo van a entender.

Superviviente 1: no entendí las partes que dicen incertidumbre y creencias erróneas sobre los beneficios de preocuparse; me hice bolas.

Profesional 2: como tal, el esquema es complejo; seguro que las supervivientes no lo van a entender. Posiblemente, con los números que tiene el esquema y la información que pusiste debajo sea más fácil de entender, pero se necesita tiempo.

Figura 11

Esquema que explica cómo surge el MRC.



Problemas de relevancia

Referente a esta categoría, los expertos encontraron problemas en las secciones: “¿Cómo te afectan tus pensamientos?” y en la explicación del “modelo ABC”. Los participantes informaron que las imágenes y situaciones utilizados para ejemplificar estas secciones (véase figura 12) hacían referencia a problemas cotidianos de personas sin enfermedad, lo que dificultaba que las supervivientes se sintieran identificadas o que relacionaran los ejemplos con problemáticas que viven ellas durante la supervivencia.

Profesional 2: los ejemplos de estas secciones se entenderían mejor si se relacionaran con una persona en remisión. Si se hacen estos cambios, pienso que las pacientes se sentirán más identificadas.

Superviviente 2: el ejemplo original es entendible, pero son personas normales. El ejemplo tendría más impacto si se relaciona con la supervivencia del cáncer.

Profesional 3: puedes dejar el ejemplo original y sumar un ejemplo donde estos conceptos se relacionen con una paciente o superviviente de cáncer de

mama. Puedes utilizar una situación cotidiana de las que se viven en el hospital.

Figura 12

Ejemplo de la sección “¿Cómo te afectan tus pensamientos?”.



Secciones de la sesión 2

Problemas de comprensión

De las tres secciones que se revisaron de la sesión 2, los participantes reportaron que dos de ellas utilizaban terminología compleja o poco utilizada por las pacientes mexicanas. Ejemplos de lo anterior son: “predecir”, “intrusivo” y “autoinstrucción”.

Superviviente 1: por el nivel educativo de las pacientes que asisten al hospital, puede que los términos sean un poco complejos. Si fuera por mí, los cambiaría.

Superviviente 2: yo sí entendí la mayoría de los conceptos, pero creo que, si utilizas algunos sinónimos, estos podrían ser más entendibles.

Problemas de aceptabilidad

Algunos participantes mencionaron que en la sección “obtener información para aumentar la tolerancia a la incertidumbre” (véase figura 13), la redacción de las preguntas podría dar a entender que las supervivientes aún son pacientes con CaMa y esto podría resultar

amenazante o confuso para ellas. Por lo que sugirieron que en todas las secciones del manual se hiciera énfasis en llamar supervivientes de CaMa a las usuarias del manual.

Profesional 1: *es importante aclarar en qué momento están las supervivientes. Si creo que esto puede ser un tema. Puede ser que su doctor les haya dicho que ya no tenían cáncer y pueden ver esta sección muy agresiva (...) hay que tener cuidado con esta parte de las preguntas.*

Profesional 2: *Yo pienso que, para que evitar malos entendidos en esta sección, podrías mencionar que están en remisión del cáncer, para identificar que están propiamente en una etapa que no significa que tengan cáncer, pero que pueden existir probabilidades de una recurrencia.*

Problemas de relevancia

Similar a lo mencionado en la sesión 1, los participantes informaron que los ejemplos de la sección “autoinstrucciones tranquilizadoras” tendrían mayor impacto si se relacionan con el contexto hospitalario de las supervivientes.

Profesional 1: *podrías agregar ejemplos relacionados al hospital donde las supervivientes vean cómo ellas pueden utilizar estas estrategias en su día a día; por ejemplo, en las citas de seguimiento médico que es cuando se tiene más miedo a la recurrencia.*

Superviviente 3: *podrías agregar cómo podemos utilizar las autoinstrucciones para relajarnos cuando estamos a punto de entrar al hospital o cuando nos van a hacer un chequeo médico.*


Figura 13

Ejemplo de la sección “Obtener información para aumentar la tolerancia a la incertidumbre”.

1. ¿Qué consideras que se puede predecir de vivir con cáncer?

2. ¿Qué consideras que no se puede predecir de vivir con cáncer?

3. ¿Qué ha sido constante en tu vida desde que te han diagnosticado con cáncer?



Secciones de la sesión 3**Problemas de comprensión**

Los participantes reportaron que la sección “incrementar la tolerancia a la incertidumbre” – tiene como objetivo que las supervivientes aprendan cómo funcionan las estrategias de afrontamiento para disminuir el MRC— muestra problemas importantes para la comprensión de la información. Primero, utiliza palabras que podrían no estar en el lenguaje cotidiano de las supervivientes (por ejemplo: “exposición” y evitación”) y esto podría dificultar el entendimiento de los ejercicios. Asimismo, la sección utiliza gráficas como recursos visuales para explicar procesos como la exposición y la evitación (véase figura 14). Sin embargo, para los participantes, estos recursos podrían limitar el entendimiento de las supervivientes, ya que existe la posibilidad de que ellas no sepan interpretar las gráficas.

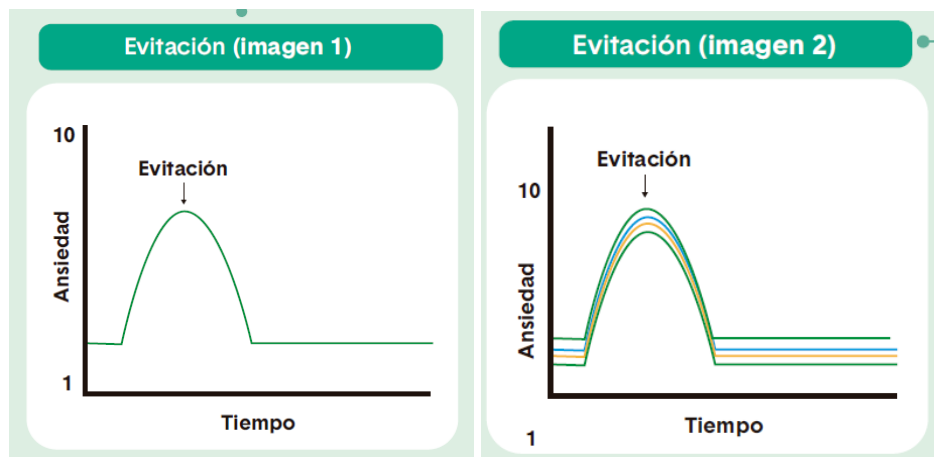
Superviviente 1: las gráficas no se entienden por si solas, son muy difíciles. Es más, pienso que pacientes que asisten al hospital nunca han interpretado una gráfica.

Superviviente 2: *las gráficas, aunque ayudan a ver lo que sucede cuando evitamos, son complejas.*

Profesional 1: *“la información de esta sección es compleja ya que el contenido es difícil”.*

Figura 14

Ejemplo de las gráficas de la sección “Incrementar la tolerancia a la incertidumbre”.



Problemas de relevancia

En la misma sección, los participantes informaron que las imágenes y situaciones utilizadas para ejemplificar estas secciones (véase figura 15) hacían referencia a problemas cotidianos de personas sin enfermedad, y dificultaba que las supervivientes se sintieran identificadas o que relacionaran los ejemplos con problemáticas que viven ellas durante la supervivencia.

Superviviente 1: *la parte de Rocío es fácil, pero dije: ¿qué tiene que ver esto con mi salud?*

Superviviente 2: *“el ejercicio no es fácil de relacionar con el miedo a la recurrencia. Yo opino que deberían ajustarlo para que las pacientes se sientan más identificadas con esta sección”.*

Superviviente 3: *“yo creo que el ejemplo de Rocío es bueno, pero creo que sería mejor un ejemplo con el hospital”.*

Figura 15

Ejemplo de la sección “Incrementar la tolerancia a la incertidumbre”.



Secciones de la sesión 4

Problemas de aceptabilidad

Todos los participantes reportaron que las secciones “lista de los miedos más profundos” y “el peor escenario” —las cuales tienen como objetivo que las supervivientes identifiquen sus temores relacionados con la recurrencia del cáncer— pueden ser muy directas e incluso agresivas u ofensivas para las supervivientes que lean el manual.

Superviviente 2: *sentí feo. Es algo que no deseas que vuelva a pasar. Si escribimos un ejemplo tan detallado, nos vamos a sentir muy angustiadas. Es un escenario muy drástico y es lo menos que uno quiere escuchar (llora).*

Superviviente 3: *Me movió, pero hay que prepararnos para un escenario difícil.*

Profesional 1: *Es un ejemplo muy dramático (...) yo creo que el escenario que ellas se imaginan no es tan terrible como el que se describe en el manual.*

Problemas de relevancia

Los participantes no mencionaron este tipo de problemas en las secciones de la sesión 4.

Secciones de la sesión 5

Para los participantes, las secciones de esta sesión no mostraron problemas de comprensión, aceptabilidad o relevancia. De manera general, solo sugirieron hacer algunos cambios de formato en la sección y agregar instrucciones y objetivos al inicio de cada ejercicio.

Participante: “agregar un objetivo y poner una conclusión al final de los ejercicios. Explicarles para qué se hacen estos ejercicios”

Participante: “agregar color a la sección e imágenes que vayan con el texto”.

Participante: “agregar siempre el glosario de palabras complejas”.

Fase 4. Taller de adaptación

Objetivo de la fase

Analizar los datos obtenidos y tomar decisiones sobre el contenido de la intervención FORT que se adaptará culturalmente.

Participantes

Este ejercicio de adaptación del manual de la intervención fue llevado a cabo por los miembros del equipo y las autoras originales de la FORT (Dra. C. Maheu y Dra. S. Lebel).

Escenario

Similar al descrito en la fase 3.

Procedimiento

El taller consistió en:

- 1.- Una lectura exhaustiva del manual de la intervención entre los miembros del equipo, identificando los problemas que se señalaron en la fase anterior.
- 2.- Posteriormente, se propusieron cambios (incluyendo los comentarios y sugerencias de la entrevista cognitiva) que podían realizarse a las secciones del manual para solucionar los problemas encontrados en la fase anterior y se tomaron decisiones.
3. – Se llevaron a cabo los cambios decididos por cada una de las secciones del manual.
- 4.- Se obtuvo la versión adaptada culturalmente y revisada del manual de la intervención FORT.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos de la fase 4, se revisaron las tablas de resúmenes de cada sección, comparando los comentarios e interpretaciones de los participantes. El análisis final de cada sección proporcionó una visión concisa de los problemas de las secciones y ayudó a tomar la decisión sobre qué cambios o qué elementos debíamos agregar para solucionar los problemas reportados (véase un ejemplo en la figura 16 y la tabla 13).

Figura 16

Ejemplo de la sección que se evalúa en la tabla 13

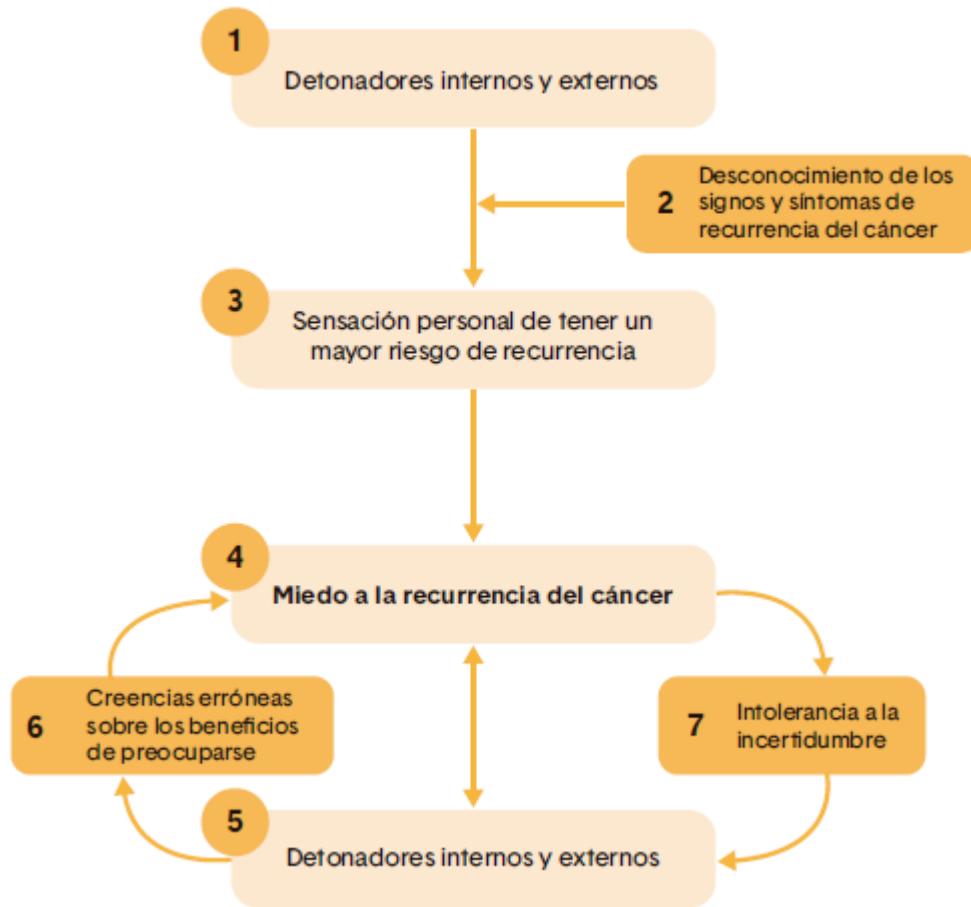


Tabla 13

Análisis de datos y toma de decisiones para la adaptación de la sección “¿Qué es el miedo a la recurrencia?”

Tipos de problema	Resumen de las participantes	Interpretación del equipo de trabajo	Decisión
Problemas de aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo puede ser agresivo para las supervivientes, puede dar a entender que MRC es malo, cuando cierto miedo puede ser benéfico para nosotras (nos permite estar alertas). • El modelo puede ser confuso e incluso ofensivo para algunas supervivientes. 	La explicación del modelo no es lo suficientemente clara y puede causar confusión para las supervivientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar qué es el MRC y que existen distintas intensidades de este problema. • Explicar que el MRC en niveles bajo es adaptativo.
Problemas de comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • No hay una introducción que explique el modelo. • El esquema es difícil de entender. • Palabras como: recurrencia, detonadores e incertidumbre pueden ser difíciles de comprender para supervivientes con baja escolaridad. 	El modo en el que se presenta la información y las palabras utilizadas dificultan el entendimiento de la sección.	<ul style="list-style-type: none"> • Agregar objetivos e instrucciones al principio de la sección. • Agregar una introducción sobre el MRC y después presentar el modelo. • Agregar un glosario de palabras que son difíciles de entender. • Agregar la observación de que las supervivientes pueden preguntar sus dudas sobre el modelo a los terapeutas. • Explicar los conceptos del modelo de MRC con ejemplos.
Problemas de relevancia	<ul style="list-style-type: none"> • No hay ejemplos que muestren cómo viven las supervivientes el MRC. • Faltan ejemplo que muestren cómo se experimenta el MRC. 	Para las participantes es importante que las secciones utilicen ejemplos que ayuden a reforzar el conocimiento obtenido. Además, los ejemplos deben estar relacionados con el contexto de las supervivientes.	

Resultados

Las adaptaciones más significativas observadas durante la fase anterior incluyeron la modificación en la redacción y el uso de terminología compleja para que las usuarias con poco nivel educativo pudieran comprender el manual; cambiar los ejemplos para que se ajusten al contexto cotidiano como hospitalario, que viven las supervivientes de CaMa, y agregar instrucciones claras al inicio de cada ejercicio.

A continuación, se muestran ejemplos de los cambios más significativos que se realizaron a algunas secciones.

Sesión 1

Sección. ¿Cómo te afectan tus pensamientos?

De acuerdo con los comentarios realizados por los profesionales y las supervivientes, esta sección presenta problemas de comprensión, ya que se utilizan algunos conceptos como pensamientos, emociones, conducta y sensación física, los cuales pueden ser difíciles de entender para algunas supervivientes con bajo nivel académico. Asimismo, la sección no cuenta con una introducción clara que ayude a las supervivientes a entender este apartado (véase figura 17). Para solucionar los problemas que se observaron en las entrevistas cognitivas, los miembros del equipo decidieron realizar los siguientes cambios: 1) agregar una introducción que incluya información relevante para que las supervivientes puedan entender la sección, 2) agregar un glosario de palabras difíciles que ayude a las usuarias a comprender la información; y 3) agregar notas que alienten a las supervivientes a preguntar sus dudas a los terapeutas que lideren la intervención (véase figura 17).

Además de lo anterior, durante las entrevistas cognitivas se reportó que esta sección presentaba problemas de relevancia, debido a que los ejemplos que se utilizan en el manual no toman en cuenta el contexto y los problemas que experimentan las supervivientes de CaMa con MRC (véase figura 18). Para solucionar este problema, los miembros del equipo decidieron agregar ejemplos que se relacionen con el contexto cotidiano y hospitalario que viven las supervivientes (por ejemplo, el temor que pueden sentir cuando tienen una cita de seguimiento en el hospital).

Sesión 3

Sección. Incrementar la tolerancia a la incertidumbre

De acuerdo con los comentarios realizados por los profesionales y las supervivientes, esta sección presenta problemas de comprensión, ya que se utilizan algunos conceptos como evitación y exposición, los cuales pueden ser académicos y pueden dificultar el entendimiento de la sección para las supervivientes con bajo nivel académico (véase figura

19). Asimismo, para explicar estos conceptos, en la manual se utilizan gráficas, las cuales fueron reportadas como “muy complejas” por parte de las supervivientes y profesionales que fueron entrevistados. En la misma sección, se reportaron problemas de relevancia, ya que los ejemplos utilizados para explicar la evitación y la exposición al miedo no estaban relacionados con situaciones que viven las supervivientes.

Para solucionar los problemas de comprensión, los miembros del equipo decidieron, al igual que en secciones anteriores, agregar un glosario de palabras difíciles que ayudara a las supervivientes a entender términos complejos. Además, se sustituyeron las gráficas por elementos gráficos (un termómetro) que fuera más fácil de comprender. Finalmente, para corregir los problemas de relevancia, se decidió incluir un ejemplo coherente con el contexto que experimentan las supervivientes en su día a día (véase figura 19).

Sesión 4

Sección. Escribe tu peor escenario

De acuerdo con los comentarios realizados por los profesionales y las supervivientes, esta sección presenta problemas de aceptabilidad, ya que puede causar malestar emocional y resultar ofensiva para algunas supervivientes. Sin embargo, las mismas supervivientes argumentaron que la sección era imprescindible para la intervención. Por lo tanto, los miembros del equipo decidieron agregar una advertencia que le indique a las supervivientes que la sección puede ser desafiante emocionalmente (véase figura 20).

Figura 17

Comparación del manual adaptado antes y después de realizarse las correcciones sugeridas en las entrevistas cognitivas

Manual adaptado (antes)

Organización general de la terapia

¿Cómo te afectan tus pensamientos?



"Imaginemos que ves a alguien que conoces por la calle; levantas la mano para saludarlo, pero él no te saluda"



Veamos qué pasa por tu mente y tu cuerpo.

Pensamientos	<i>"¿Por qué no me saluda? Seguro está enojado por lo que le dije la semana pasada".</i>
Sentimientos	Tristeza, vergüenza, confusión, enojo, etc.
Sensaciones físicas	Dolor de estómago, sudoración de las palmas de las manos, los cachetes se ponen rojos, etc.
Comportamiento	Damos media vuelta y evitamos cualquier situación en la que nos volvamos a encontrar a esa persona.

Manual adaptado (corregido)

¿Cómo te afectan tus pensamientos?

En el día a día, podemos experimentar situaciones o eventos que ocasionan que sintamos ciertas **emociones** o que hagamos algunas **conductas**.

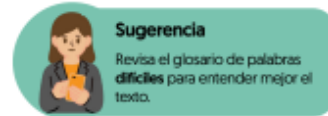
Por ejemplo, cuando se acerca una cita de seguimiento médico, algunas supervivientes pueden sentirse ansiosas y estresadas, e incluso pueden tener ganas de llorar y de no asistir a su cita médica.

Ahora, hay que preguntarnos, ¿por qué estas situaciones pueden hacernos sentir o actuar de una determinada manera?

Esto puede ser debido a los **pensamientos o creencias** que tenemos acerca de las situaciones.

Nuestros pensamientos pueden influir en nuestras emociones, conductas y **sensaciones corporales**, y hacen que una misma situación pueda tener consecuencias emocionales muy distintas para diferentes personas.

Para entender mejor como nos afectan nuestros pensamientos, veamos los ejemplos de María y Rosa.



Sugerencia

Revisa el glosario de palabras **difíciles** para entender mejor el texto.

Glosario

Pensamiento: son las imágenes, palabras e ideas que surgen debido a una situación.

Emoción: son los sentimientos o el estado de ánimo que surgen debido a una situación [por ejemplo: miedo, tristeza, enojo, alegría o tristeza].

Conducta: son las cosas que hacemos debido a una situación [por ejemplo: llorar, gritar, caminar, entre otras].

Sensación corporal: Son los cambios que notamos en nuestro cuerpo debido a una situación [por ejemplo: sudar, respirar más rápido, entre otras].

Figura 18

Comparación del manual adaptado antes y después de realizarse las correcciones sugeridas en las entrevistas cognitivas,

Manual adaptado (antes)



"Imaginemos que ves a alguien que conoces por la calle; levantas la mano para saludarlo, pero él no te saluda"

Manual adaptado (corregido)

Ejemplo

María

Situación: El día de ayer, María recordó que pronto tendrá que ir al hospital para su cita de seguimiento médico.

Pensamientos: María cree que, durante su cita el médico le dará malas noticias [por ejemplo, que el cáncer a regresado].

Consecuencias: María tiene mucho miedo (**emoción**) de asistir a la cita médica, así que se pone a llorar (**conducta**) y le duele el estómago (**sensación corporal**).




Figura 19

Comparación del manual adaptado antes y después de realizarse las correcciones sugeridas en las entrevistas cognitivas,


Manual adaptado (antes)

¿Qué pasa cuando evitamos?

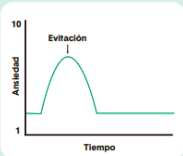


Rocío le tiene mucho miedo a los perros. Hace unos años, a Rocío la mordió un perro mientras paseaba por su colonia. Desde ese incidente, ella ha tenido miedo de ver, estar cerca e interactuar con los perros.

Un día, Rocío abre su puerta y descubre que su vecino está paseando a su perro justo en frente de su casa. Cuando ve al perro, el miedo de Rocío aumenta considerablemente y su ansiedad incrementa (ver imagen 1).



Evitación (imagen 1)




Para hacer frente a estos sentimientos, Rocío decide evitar al perro y a su dueño y rápidamente regresa a su casa. Una vez que regresa a su casa, su ansiedad se reduce casi instantáneamente.


Esto es lo "bueno" de la evitación: funciona muy rápidamente.

Manual adaptado (corregido)


Lee la siguiente historia.

- 1 María le tiene mucho miedo a los hospitales. Hace seis meses, a María la dieron de alta y desde ese momento ella no ha regresado al hospital.



- 2 Un día, al revisar su calendario, María se da cuenta de que esta próxima su cita de seguimiento médico en el hospital. Cuando ve esto, el miedo de María aumenta considerablemente y su ansiedad incrementa.



Termómetro de miedo de María. Ahora siente mucho miedo.
- 3 Para hacer frente a estos sentimientos, María evita ir al hospital, así que decide hablar por teléfono para que la agenden para el próximo mes. Una vez que termina la llamada, su ansiedad se reduce casi al instante.




Termómetro de miedo de María. Ahora siente menos miedo.
- 4 Esto es lo bueno de la evitación: funciona muy rápidamente.




Sin embargo ¿qué ocurre con el tiempo?

Sugerencia
Si tienes algunas dudas, recuerda que puedes preguntárselas a tu terapeuta.



5 Al evitar todas las situaciones en las que podría ir al hospital, María nunca ha aprendido a enfrentarse a sus miedos relacionados con los hospitales. Esto ha hecho que el miedo y la ansiedad de ella aumenten.



Termómetro de miedo de María. A pesar de que ella está evitando, el miedo ya no baja como al principio.

Por ejemplo, antes María solo le tenía miedo al hospital. Ahora, le tiene miedo a todo lo que este relacionado con los hospitales o las clínicas.

Entre más evite María con el tiempo su ansiedad será más grande.

Figura 20

Elemento que se agregó a la sección “Escribe tu peor escenario” después de las entrevistas cognitivas.

Ejercicio

Identifica el peor escenario posible

¿Cuál de los miedos que has enumerado en el ejercicio 2 es el que más te angustia?

Escribe tu peor escenario como si estuvieras escribiendo el guión de una película, incluyendo imágenes, tus reacciones y la reacción de quienes te rodean.

¡Advertencia!

Entendemos que escribir tu peor escenario puede ser muy difícil y que es posible que desees omitir algunos detalles o mantenerlo de manera más general. Sin embargo, para beneficiarse al máximo de este ejercicio, te recomendamos que escribas tantos detalles como creas posible.

A continuación, se muestra un ejemplo del peor escenario de María.

Discusión

El presente estudio describió el proceso de adaptación cultural del manual de la paciente de la intervención FORT para que se ajustara al contexto de las supervivientes mexicanas de CaMa con MRC. Para evaluar la adaptación, aplicamos el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) y seguimos un proceso iterativo de cuatro fases (Fong Sit et al., 2020; Brown et al., 2020): 1) una revisión documental rápida como herramienta de recopilación de información para identificar estudios sobre la supervivencia del CaMa y estudios relacionados con el MRC en México; 2) una evaluación por expertos para observar si el manual de la FORT traducido cumplía con los elementos del MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995); 3) entrevistas cognitivas a supervivientes y expertos para comprobar que el manual de la intervención fuera comprensible, aceptable y relevante para las futuras usuarias; y 4) un taller de adaptación donde se revisaron los datos de las fases anteriores y se aplicaron las adaptaciones y cambios sugeridos. A partir de estos resultados, se realizaron varias adaptaciones al manual de la FORT. A continuación, la discusión se describirá por fases.

Fase 1: Revisión documental

A partir de la revisión de la literatura, se pudo determinar cuál era el contexto actual de la investigación sobre la supervivencia y el MRC en la población mexicana. Entre los hallazgos más relevantes para la investigación, se encontró que las supervivientes mexicanas de CaMa reportan que el MRC es una de sus principales necesidades psicológicas insatisfechas (Gálvez-Hernández et al., 2017 & 2021; Knaul et al., 2020; Hubbeling et al., 2022). Estos resultados son consistentes con investigaciones realizadas en supervivientes de otros países, donde se reporta que el MRC es una de las principales problemáticas que afecta a las supervivientes de CaMa (Anderson et al., 2021) y también se ha reportado que las supervivientes posicionan al MRC entre sus principales necesidades psicológicas insatisfechas (Anderson et al., 2021; Fang, Fetzer, Lee, Kuo, 2018; Ellegaard, Grau, Zachariae, Jensen, 2017).

Asimismo, al revisar exhaustivamente bases de datos especializadas, pudimos percatarnos que no existen intervenciones en español (traducidas o adaptadas) dirigidas a disminuir el MRC de supervivientes mexicanas. Esto podría deberse a que el campo de estudio sobre intervenciones dirigidas a disminuir el MRC de supervivientes de cáncer es relativamente nuevo y la mayoría de la investigación se ha realizado en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia, entre otros (Tauber et al., 2019).

Fase 2: Evaluación por expertos

Sobre la evaluación de los expertos al manual de la FORT en español, los datos mostraron que la concordancia entre jueces (determinada a través del coeficiente de Kappa de Fleiss) fue casi perfecta en la mayoría de las variables evaluadas en las secciones del manual (mayor a $k=0.80$). Es decir, los jueces consideraron que el manual de la FORT cumplía con siete de las ocho dimensiones del MVE (lenguaje, persona, contenido, conceptos, objetivos, métodos y contexto). Sin embargo, en la dimensión de metáfora, la fuerza de concordancia fue de considerable a moderada (menor a $k=0.80$). Esto se podría explicar debido a que el manual de FORT, durante esta etapa, solo había sido traducido de manera literal del inglés al español, por lo que las frases e historias que se utilizaban en el material original, aún no se habían adaptado al contexto de las supervivientes mexicanas. Por lo tanto, el análisis resaltó la importancia de revisar los comentarios realizados por los jueces, con el fin de evaluar y hacer los cambios sugeridos y así alcanzar mayor nivel de acuerdo en la valoración de estas variables.

Por lo anterior, paralelamente se hizo un análisis cualitativo rápido derivado de las observaciones de los jueces. Es importante mencionar que emplear las dimensiones del MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) para revisar el manual de la paciente de la FORT, nos permitió conceptualizar los materiales más allá de una simple traducción y pudimos comprender y recoger algunos factores culturales fundamentales para los expertos (por ejemplo, adaptar frases, ejemplos e historias al contexto de las supervivientes) que debían ser incluidos en el texto y los esquemas. Esto es valioso, ya que se ha reportado que capturar elementos culturalmente sensibles y aplicarlos a una intervención de salud mejora el impacto

de las intervenciones (Cabassa & Baumann, 2013; Fong Sit et al., 2020; Brown et al., 2020; Costas-Muñiz et al. 2020; Singh et al, 2021).

Con el análisis cualitativo rápido de los comentarios de los expertos, identificamos cuáles eran los principales cambios para mejorar la comprensión del manual de la paciente de la FORT en español. Las recomendaciones más importantes de los expertos en esta fase se dieron en la dimensión de lenguaje, donde como primer cambio propusieron modificar la redacción del manual a un lenguaje más directo e informal, por ejemplo, “hablarles de tú” a las usuarias en lugar “de usted”. Los expertos argumentaron que este cambio en la forma en la que nos referimos a la usuaria mexicana podría reducir la distancia interpersonal entre el experto y las supervivientes y podría promover un contexto ideal para que las usuarias se comuniquen con los terapeutas. Esto es similar a lo reportado en otros estudios; por ejemplo, en una investigación realizada en Chile (Orellana-Peña, Olmos-Olemdo, Rojas-De la vega & Rebolledo-García, 2011), donde se pretendía conocer la reacción de los usuarios al estar frente a expertos en salud, los pacientes consideraron un trato respetuoso y cordial cuando los expertos hablaban con ellos de manera directa e incluso llegaba a “tutearlos”. De igual forma, en un estudio realizado en Puerto Rico (Rossello & Bernal, 1996), donde se adaptó culturalmente una intervención para reducir la sintomatología depresiva en jóvenes puertorriqueños, los investigadores modificaron la forma en la cual se referían a los pacientes, argumentando que referirse a los usuarios de una manera menos formal (tú en lugar de usted) era característico del español que se habla en América latina.

Como segundo cambio importante en la dimensión de lenguaje, los expertos propusieron cambiar la terminología más difícil de comprender por sinónimos o frases equivalentes en español mexicano, como “recurrencia del cáncer” por “regreso del cáncer” e “incertidumbre” por “dudar” o “desconocer”. Modificaciones similares en la dimensión del lenguaje son frecuentes en otros estudios de adaptación cultural en el campo de la salud mental para poblaciones latinas y asiáticas que asumieron el MVE (Salamanca-Sanabria et al., 2019; Fong Sit et al., 2020; Brown et al., 2020; Costas-Muñiz et al. 2020; Akhtar et al., 2020). Por ejemplo, en una reciente revisión sistemática de intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental, se encontró que los componentes más comunes adaptados estaban relacionados con el lenguaje, la facilidad de la información y el contexto de los pacientes (Chowdhary et al.,

2014). Además, se ha reportado que los pacientes que tienen mayor comprensión de su tratamiento o terapia, tienen mayor posibilidad de adherirse a su tratamiento y de finalizar la intervención (Chowdhary et al., 2014).

Durante esta fase, los expertos también sugirieron cambios importantes en las dimensiones referentes al uso de metáforas, al contenido y al contexto de la intervención, ya que ellos argumentaron que incluir imágenes, refranes e historias en algunas secciones del manual, podrían ayudar a que las supervivientes pudieran entender más fácilmente algunos ejercicios y/o conceptos. Estas recomendaciones son similares a la realizadas en algunos de los estudios de adaptación cultural (Salamanca-Sanabria et al., 2019; Brown et al., 2020; Costas-Muñiz et al. 2020; Akhtar et al., 2020), donde se ha reportado que los pacientes comprenden más fácilmente la información cuando se hace uso de historias e imágenes culturalmente sintónicas con los usuarios. Por ejemplo, en el estudio que realizó Fong-Sit et al. (2020) de adaptación cultural de una intervención para disminuir la depresión en jóvenes chinos, los expertos modificaron los ejemplos y las narraciones para ajustarse a los valores, costumbres y tradiciones de los usuarios, adaptando las historias a escenarios relevantes para los jóvenes chinos (por ejemplo, amigos jugando videojuegos), llamando a los personajes de las historias con nombres cotidianos de ese país (por ejemplo “Xia Q”) y agregando personajes ilustrados que compartieran características físicas con los usuarios (Fong-Sit et al., 2020). Finalmente, los investigadores reportaron que los pacientes que recibieron la intervención con las adaptaciones mencionadas, se sintieron más identificados y pudieron comprender más fácilmente la información descrita, en comparación con la intervención no adaptada culturalmente (Fong-Sit et al., 2020).

Consideramos que la similitud de las observaciones realizadas por los expertos en esta fase con otros estudios previos en estas dimensiones podría explicarse por la baja alfabetización sanitaria⁵ que tienen en común las culturas que requieren hacer estos procedimientos (Arrighi et al., 2021). Estudios mencionan que algunas estrategias de autogestión, como leer textos de salud mental (como manuales y folletos) para la prevención y la gestión satisfactoria de las

⁵ La OMS define a la alfabetización sanitaria como la capacidad de las personas para acceder, comprender, valorar y aplicar la información sanitaria para tomar decisiones en sus vidas cotidianas relativas a la atención médica y psicológica, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud para mantener o mejorar su calidad de vida (Bahrami, Bahrami & Chaman-Ara, 2019).

patologías de salud mental, suelen requerir habilidades para buscar y comprender la información sanitaria esencial (Wagner, Steptoe, Wolf & Wardle, 2009). Sin embargo, el bajo nivel de alfabetización sanitaria es un reto común que comparten pacientes en todo el mundo (Bahrami, Bahrami & Chaman-Ara, 2019).

Por ejemplo, una revisión sistemática sobre salud en Estados Unidos reportó que 36% de la población americana tiene una baja alfabetización sanitaria y el 7.2% una alfabetización marginal; asimismo, que una menor alfabetización sanitaria estaba asociada con ser afroamericano, tener pocos recursos económicos y tener un bajo nivel educativo (Rikard, Thompson, McKinney & Beauchamp, 2016). Del mismo modo, un estudio realizado en países europeos reportó que el 47% (de 8000) de los participantes mostró una inadecuada alfabetización sanitaria en temas de salud mental (Sørensen et al., 2015). En cuanto a población de América Latina (incluido México), los estudios que evalúan la alfabetización en salud son escasos y muestran una considerable variación, con tasas reportadas de alfabetización en salud desde el 5% al 73.3%; sin embargo, los factores que mantienen una alfabetización inadecuada en la población son los mismos: niveles educativo bajo, pertenecer a grupos étnicos, poco acceso a tecnología y tener recursos económicos limitados (Arrighi et al., 2021).

Además de lo anterior, investigaciones han reportado que una mala alfabetización sanitaria puede impedir la capacidad del paciente para recibir y comprender información sanitaria y participar plenamente en su atención (Ramos & Alegría, 2014). Esto aumenta el riesgo de que producir malos resultados en materia de salud, como poca adherencia a los tratamientos y abandono de las intervenciones (Arrighi et al., 2021).

Sin embargo, se ha observado que implementar adaptaciones adecuadas a la población, como simplificar la información, poner ejemplos que tengan relación con el contexto de los usuarios, el mayor uso de infografías, ilustraciones, metáforas, utilizar un lenguaje sencillo y utilizar el diseño para mejorar el texto pueden incrementar significativamente la alfabetización sanitaria y el empoderamiento de los pacientes (Arrighi et al., 2021). De esta manera, al integrar las sugerencias de los expertos, la alfabetización sanitaria podría mejorar y el manual podría ser más fácil de comprender para las usuarias.

Tomando en cuenta la opinión de los expertos y lo mencionado en estudios de adaptación cultural, se decidió agregar los cambios sugeridos al manual de la FORT para adaptarlo culturalmente, de acuerdo a las dimensiones del MVC (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995), a las supervivientes mexicanas. Sin embargo, para asegurar que los cambios realizados fueran aceptables, comprensibles y relevantes, las secciones que mostraron un menor índice de concordancia y mayores comentarios por parte de los expertos, se evaluaron a través de entrevistas cognitivas en la siguiente fase.

Fase 3: Entrevistas cognitivas

Durante las entrevistas cognitivas a expertos en salud y supervivientes de CaMa sobre las secciones elegidas del manual FORT en español adaptado culturalmente, los entrevistados reportaron diversos problemas de aceptabilidad, comprensión y relevancia.

Entre los problemas más relevantes en la comprensión de las secciones, los entrevistados comentaron que la información transmitida a través de esquemas (véase figura 11) y gráficas (véase figura 5) aún podría ser difícil de entender para las supervivientes mexicanas con baja escolaridad o que no estuvieran adaptadas a leer y comprender información de salud de esta manera. Incluso, algunas supervivientes mencionaron que los gráficos podrían causarles “ruido” a la hora de intentar comprender la información del manual. Es muy importante señalar estos puntos ya que, aunque la versión adaptada culturalmente del manual incluyó más ejemplos e historias que acompañan a las secciones, los esquemas y las gráficas aún representaban una gran dificultad para los entrevistados. Estos hallazgos son similares a los mencionados en un metaanálisis (Guo, Zhang, Landau-Wright & McTigue, 2020) que tenía como objetivo medir los efectos de los gráficos en la comprensión lectora; se encontró que la información explicada a través de gráficas y/o de esquemas, es poco común para algunos lectores y esto influye significativamente en la comprensión de los textos. Sin embargo, la inclusión de imágenes e infografías, en lugar de gráficas o esquemas, muestra un efecto positivo general en la comprensión lectora de los usuarios ($g = .40$).

Para solucionar estos problemas de comprensión, los entrevistados sugirieron agregar infografías e historias en forma de viñetas para que las futuras usuarias comprendieran y

siguieran más fácilmente la información mostrada en los esquemas. Asimismo, los entrevistados mencionaron que la información en las gráficas podría presentarse de manera más sencilla a través de imágenes. Este es un hallazgo importante ya que, en la mayoría de los estudios sobre adaptación cultural de las intervenciones (Brown et al., 2020; Costas-Muñiz et al. 2020; Akhtar et al., 2020), los investigadores se limitan a preguntar sobre las narrativas y la comprensión de los ejemplos de la intervención, con el fin de volverlas contextualmente relevantes para los usuarios. Sin embargo, se omiten las preguntas relacionadas a la parte gráfica o cambios en la forma en la que se transmite la información. Esto podría deberse al alto costo económico que implica desarrollar imágenes e infografías para manuales en salud (Kirby, 1993). Sin embargo, las intervenciones que realizan cambios gráficos han reportado mejor comprensión y aceptación de la información por parte de los usuarios (Fong-Sit et al., 2020).

Además, como se mencionó anteriormente, se ha reportado que las imágenes y las infografías son útiles para la comunicación en el ámbito de la salud, especialmente cuando se utilizan para ayudar a la comprensión de las personas con escasos conocimientos sobre salud (Joshi & Gupta, 2021; Spicer & Coleman, 2022; Traboco, Pandian, Nikiphorou, Gupta, 2022). Por lo tanto, transmitir la información únicamente mediante texto escrito o números puede resultar poco interesante, difícil de comprender y de escaso impacto (Spicer & Coleman, 2022). Sin embargo, la combinación de estos con ayudas visuales, como imágenes e historias, en un formato bien elaborado y estéticamente atractivos, permite expresar un mensaje de forma conveniente y con una mayor comprensibilidad para los pacientes. Por ejemplo, se ha reportado que el uso de infografías favorece el procesamiento cognitivo óptimo, el aprendizaje, la retención, el recuerdo futuro e impulsa el cambio de comportamiento (Traboco, Pandian, Nikiphorou, Gupta, 2022).

En cuanto a la relevancia de las secciones, los entrevistados reportaron que podrían existir problemas significativos en el contexto que enmarca los ejemplos utilizados en el manual, ya que la mayoría describe problemas “comunes y corrientes” que no se enfocan en la realidad que viven las supervivientes con MRC. Por lo tanto, los entrevistados sugirieron que los ejemplos deberían tomar en cuenta las experiencias subjetivas de las supervivientes para que fueran más relevantes y aceptables para las futuras usuarias. Por ejemplo, hicieron hincapié

en tocar temas como el miedo a asistir a las citas de revisión médica, el miedo a los tratamientos y la evitación para hablar de temas relacionados con una posible recurrencia del cáncer. Estos reportes de los entrevistados son similares a lo encontrado en el estudio de adaptación cultural de una intervención para disminuir la angustia de pacientes latinos con cáncer avanzado (Costas-Muñiz, 2020). En aquel estudio se observó que adaptar los ejemplos al contexto cotidiano de los pacientes, como asistir al hospital y hablar con personal de salud, hizo que estos se sintieran comprendidos, mejoró la comunicación con el terapeuta y aumentó la adherencia al tratamiento (Costas-Muñiz, 2020). Otros estudios han demostrado que la modificación de los ejemplos al contexto de los pacientes, mejora la relevancia, la aceptabilidad y la comprensión de las intervenciones (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995; Brown et al., 2020; Fong Sit et al., 2020; Arrighi et al., 2021).

Asimismo, los entrevistados sugirieron realizar algunos cambios en las características físicas de los personajes que ilustraban los ejemplos del manual adaptado, argumentando que debían parecerse más a la población mexicana para que las usuarias se sintieran identificadas. Entre los cambios sugeridos se encontraban, modificar el tono de piel (de blanco a un tono de piel moreno), cabello castaño y ojos color café. La adaptación de los personajes de la intervención también ha sido reportada en otras investigaciones, donde se ha observado que adaptar las características físicas de los personajes para que sean similares a las de los usuarios aumenta su relevancia (Fong-sit et al., 2020).

En cuanto a problemas de aceptabilidad, los entrevistados reportaron que algunas secciones del manual eran demasiado directas y podrían causar un impacto emocional en las supervivientes, ya que se tocaban temas difíciles como la recurrencia del cáncer, los tratamientos e incluso la muerte. Sin embargo, las supervivientes de CaMa entrevistadas en esta fase, resaltaron que, a pesar de ser secciones difíciles, eran realmente importantes para la intervención. Por lo anterior, los entrevistados sugirieron agregar viñetas al inicio de las secciones que consideraban difíciles y que se advirtiera a las usuarias que los ejercicios podrían causarles malestar emocional, indicarles que pueden comunicarse con sus terapeutas durante el ejercicio y explicarles claramente la importancia de estas secciones para su tratamiento. Además, sugirieron que, al finalizar los ejercicios, se dedicara tiempo para describir cómo están emocionalmente y realizar ejercicios de relajación. Estos cambios en el

manual son muy relevantes ya que, al estar en contacto las supervivientes con temas relacionados con el CaMa y su posible recurrencia, podría evocar emociones, memorias y sensaciones asociadas a su trayectoria como pacientes oncológicas, lo que puede generar reexperimentación del trauma y alterar sus cogniciones, emociones y su comportamiento (Simonelli et al., 2017). Sin embargo, con los cambios sugeridos, las usuarias podrían exponerse a sus miedos (que es el objetivo de las secciones) y utilizar las estrategias de afrontamiento aprendidas en las sesiones pasadas.

Finalmente, otro punto importante que destacaron los entrevistados fue definir cómo se les llamaría a las usuarias del manual ya que, en algunas secciones se les nombraba como pacientes y en otras como supervivientes. Los expertos en salud entrevistados destacaron que podría causar confusión e incluso malestar, ya que algunas usuarias podrían decir que ya no son pacientes de CaMa sino supervivientes de CaMa. De acuerdo a los entrevistados, por su experiencia, la mejor manera de referirnos a las usuarias era como supervivientes. Esto es congruente con lo reportado en un estudio realizado en hospitales públicos de la Ciudad de México (Knaul et al., 2020), donde se encontró que las mujeres que tuvieron cáncer se sienten cómodas con el término “superviviente de cáncer”, ya que representa una interpretación literal de estar vivas y la confirmación médica de la finalización del tratamiento.

Fase 4: taller de adaptación

Durante la última fase, los miembros del equipo se reunieron para recopilar los datos obtenidos en la fase anterior y definir los cambios que se realizarían a las secciones evaluadas. Por medio de consensos, se tomó la decisión de implementar la mayoría de los cambios sugeridos por los entrevistados, sin modificar el contenido central de la intervención original.

Entre los cambios más importantes se destacan los siguientes: 1) los ejemplos se adaptaron para ser relevantes para las usuarias; por lo tanto, se ejemplificaron situaciones que viven las supervivientes en su vida cotidiana (por ejemplo, asistir a citas de seguimiento médico); 2) las gráficas y los esquemas se sustituyeron por viñetas e infografías que explicaran detalladamente y de manera visual la información más importante de cada sección; 3) los

personajes de los ejemplos se modificaron para que tuvieran características físicas parecidas a la población mexicana; 4) se agregaron glosarios de palabras que podrían ser difíciles de entender para las usuarias; 6) se agregaron notas que alientan a las pacientes a las supervivientes a realizar preguntas; 7) se utilizó el término superviviente de CaMa para referirnos a las usuarias y 8) se agregaron advertencias en secciones que pueden causar malestar emocional.

Consideramos que estos cambios fueron realmente significativos debido a que, en primer lugar, utilizamos un marco adecuado y riguroso esencial para realizar la adaptación cultural del manual de la intervención. Emplear el MVE (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995) permitió comprender y recoger factores culturales e incorporarlos al texto y las ilustraciones del manual. Además, guiados por un riguroso proceso de adaptación de cuatro etapas (Fong Sit et al., 2020; Brown et al., 2020), la adaptación cultural se logró de forma sistemática y recibió información significativa y valiosa de expertos en salud mental y de las potenciales usuarias de la intervención.

En segundo lugar, la información recopilada en las fases anteriores, sirvió de guía para realizar las adaptaciones necesarias. Por ejemplo, los expertos compartieron su impresión y experiencia de trabajo con supervivientes de CaMa y sugirieron modificaciones para implementarlas en el manual. Asimismo, esta información se contrastó con la perspectiva brindada por las supervivientes de CaMa que revisaron los materiales desde las fases iniciales de la adaptación. Así, los comentarios de las posibles usuarias dieron información sobre sus preferencias sobre las secciones, las ilustraciones y los ejercicios, mientras que los expertos proporcionaron, además de lo anterior, sugerencias relacionadas a la eficacia clínica.

En tercer lugar, incluir supervivientes que reportaban tener MRC puede mejorar la validez de la adaptación del manual, ya que se ha reportado que integrar pacientes al proceso de adaptación cultural es significativo debido a que ellos viven en un entorno cultural y comparten una experiencia similar a los futuros usuarios de la intervención (Fong Sit et al., 2020).

Finalmente, incluir los cambios sugeridos por los expertos y las supervivientes de CaMa permitió adaptar el manual al nivel de alfabetización sanitaria que poseen las supervivientes mexicanas. Sin embargo, es importante que se evalúe en una futura investigación.

Limitaciones y fortalezas

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, la investigación se realizó en un contexto pandémico. La pandemia generó en las supervivientes y en la población general una respuesta emocional exacerbada ante la posibilidad de morir a causa de contraer el COVID19, de tal manera que los datos podrían ser influenciados por este fenómeno histórico. Por lo tanto, sería recomendable estudiar la relación entre el MRC de supervivientes y el COVID 19.

En este mismo contexto, a causa de las medidas de restricción para evitar el contacto social, en la investigación se excluyeron supervivientes y expertos que solo podían ser entrevistados en formato presencial, es decir que no contaban con internet, computadora o teléfono para realizar las videollamadas. Por esta razón, tuvimos una muestra reducida de supervivientes (n=4 en las cuatro fases) y expertos (n=8 en las cuatro fases). En un futuro, se planea incluir a más supervivientes y expertos, sobre todo cuando las normas de bioseguridad para no poner en riesgo de contagio a los involucrados lo permitan. Esto es importante ya que las muestras utilizadas en otras investigaciones sobre adaptación cultural relativamente más grandes (Salamanca-Sanabria et al., 2019; Fong Sit et al., 2020; Costas-Muñiz et al. 2020; Akhtar et al., 2020). Sin embargo, es importante señalar que también se han realizado adaptaciones culturales con muestras pequeñas debido a la dificultad del contexto (Brown et al., 2020).

A pesar de lo descrito, nuestro estudio tuvo algunas fortalezas. Una de ellas fue la implementación de las entrevistas cognitivas a distancia por medio de llamadas en la plataforma de video en tiempo real (zoom), lo cual permitió realizar el estudio de manera segura, brindando la oportunidad a las supervivientes y expertos de evaluar el manual de la FORT. Por lo anterior, se pudieron entrevistar a supervivientes del centro y sur de México (Querétaro, Chiapas y Ciudad de México), adecuarnos a los tiempos de los expertos y estar en continuo contacto con las autoras originales de la intervención. También el estudio brinda evidencia de la viabilidad de la investigación cualitativa a distancia, situación que podría considerarse una fortaleza.

Otra fortaleza de este estudio reside en la implementación de una metodología rigurosa y sistemática para realizar adaptaciones culturales de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia. Nuestra investigación suma al campo de investigación que respalda la utilidad de llevar a cabo un proceso de adaptación cuidadoso y eficaz antes de implementar una intervención en un nuevo entorno (Salamanca-Sanabria et al., 2019; Fong Sit et al., 2020; Costas-Muñiz et al. 2020; Akhtar et al., 2020). Asimismo, nuestro estudio es uno de los primeros en aplicar un método para adaptar culturalmente una intervención psicológica para población mexicana y uno de los primeros en realizar una adaptación cultural a una intervención dirigida a disminuir el MRC de supervivientes de CaMa.

Finalmente, se considera una fortaleza incluir a la entrevista cognitiva como metodología de recolección de datos, pues se han implementado anteriormente para realizar adaptaciones culturales de intervenciones psicológicas en otras investigaciones. Las entrevistas cognitivas permitieron recopilar la opinión de las supervivientes y los expertos sobre el manual de la paciente de la FORT e identificar los principales cambios (y sus razones) que debían incorporarse al material original para mejorar su comprensión, sin realizar cambios a los componentes centrales de la intervención.

Conclusión

Este estudio describió el proceso por fases de la adaptación cultural del manual de la paciente de la intervención FORT para que se ajustara al contexto de las supervivientes mexicanas de CaMa con MRC. Después del análisis, sabemos que es verdaderamente útil y enriquecedor llevar a cabo un proceso de adaptación cultural cuidadoso y riguroso antes de implementar una intervención psicológica basada en la evidencia en un nuevo entorno.

La mayoría de los cambios se produjeron en las dimensiones del lenguaje, las metáforas, el contenido y el contexto, y los cambios en los objetivos y los conceptos fueron menores, lo que coincide con los resultados de una revisión sistemática de las intervenciones de salud mental adaptadas culturalmente. Los resultados nos hacen concluir que las adaptaciones

realizadas al manual de la FORT para ajustarse al contexto de las supervivientes mexicanas con MRC son similares a las adaptaciones reportadas en otras investigaciones. Los bajos niveles alfabetización sanitaria reportados en la mayoría de los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, permiten entender el impedimento que tienen los pacientes para recibir atención de calidad y comprender información médica y psicológica esencial.

De las estrategias novedosas que aporta nuestra investigación fue que, durante toda la investigación, se tuvo una comunicación constante con supervivientes, expertos y con las autoras originales de la intervención a través de videollamadas. Este aspecto fue fundamental a la hora de realizar los cambios (sobre todo estéticos y de distribución de la información), ya que contábamos con una retroalimentación en tiempo real que nos ayudó a mejorar el proceso de adaptación del manual.

En conclusión, nuestro trabajo suma información importante al campo de la adaptación cultural de las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia que se aplican en poblaciones diferentes a la población meta. Resaltamos que, cuando se adapta una intervención para un nuevo grupo cultural y lingüístico es de vital importancia: 1) utilizar modelos de adaptación cultural que guíen las actividades de investigación y adaptación; 2) incluir expertos en salud mental para que aporten sus opiniones y experiencias; y 3) consultar a los futuros usuarios y proveedores para obtener la información necesaria para modificar la intención y que esta responda a sus necesidades.

Referencias

- Alvarez-Hernandez, C., Vich-Pérez, P., Brusint, B., Cuadrado-Rouco, C., Díaz-García, N., & Robles-Días, L. (2014). Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (III/V). Elsevier, 40(8), 460-472. DOI: 10.1016/j.semerg.2014.04.006
- Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., & Sales, C. (2019). Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical psychology review*, 68, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.001>
- American Cancer Society. (13 febrero 2019). ¿Qué es el cáncer de seno? <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
- Anderson, K., Smith, A., Diaz, A., Shaw, J., Butow, P., Sharpe, L., Girgis, A., Lebel, S., Dhillon, H., Burhansstipanov, L., Tighe, B., & Garvey, G. (2021). A Systematic Review of Fear of Cancer Recurrence Among Indigenous and Minority Peoples. *Frontiers in psychology*, 12, 621850. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621850>
- Akhtar, A., Engels, M., Bawaneh, A., Bird, M., Bryant, R., Cuijpers, P., Hansen, P., Al-Hayek, H., Ilkkursun, Z., Kurt, G., Sijbrandij, M., Underhill, M., & Acarturk, C. (2020). Cultural Adaptation of a Low-Intensity Group Psychological Intervention for Syrian Refugees. *School of Psychology, University of New South Wales*. 19(1), 48-57.
- Arce, C., Martínez-Tlahuel, J. and Lara, F.U. (2006). Quimioterapia adyuvante en cáncer de mama: Presente y futuro. *Cancerología*, 1, 177-185.
- Arfi, A., Baffert, S., Soilly, A. L., Huchon, C., Reyat, F., Asselain, B., Neffati, S., Rouzier, R., & Héquet, D. (2018). Determinants of return at work of breast cancer patients: results from the OPTISOINS01 French prospective study. *BMJ open*, 8(5), e020276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020276>

- Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., Morgan, H., Murrells, T., Oakley, C., . . . Richardson, A. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: A prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6172–6179. doi: 10.1200/JCO.2009.22.5151
- Arnold, M., Rutherford, M. J., Bardot, A., Ferlay, J., Andersson, T. M., and Myklebust, T. Å, et al. (2019). Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *Lancet Oncol.* 20, 1493–1505. doi: 10.1016/s1470-2045(19)30456-5
- Arrighi, E., Ruiz de Castilla, E. M., Peres, F., Mejía, R., Sørensen, K., Gunther, C., Lopez, R., Myers, L., Quijada, J. G., Vichnin, M., & Pleasant, A. (2022). Scoping health literacy in Latin America. *Global health promotion*, 29(2), 78–87. <https://doi.org/10.1177/17579759211016802>
- Bahrami, M. A., Bahrami, D., & Chaman-Ara, K. (2019). The correlations of mental health literacy with psychological aspects of general health among Iranian female students. *International journal of mental health systems*, 13, 59. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0315-6>
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. (2005). Adult cancer survivors: How are they faring? *Cancer*, 104(11), 2565-2576. doi: 10.1002/cncr.21488
- Barr, K., Hill, D., Farrelly, A., Pitcher, M., & White, V. (2020). Unmet information needs predict anxiety in early survivorship in young women with breast cancer. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 14(6), 826–833. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00895-7>
- Barrera, M., Jr., & Castro, F. G. (2006). A Heuristic Framework for the Cultural Adaptation of Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311–316. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x>
- Bernal, G., & Adames, C. (2017). Cultural adaptations: Conceptual, ethical, contextual, and methodological issues for working with ethnocultural and majority-world

- populations. *Prevention Science*, 18(6), 681–688. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0806-0>
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of abnormal child psychology*, 23(1), 67–82. <https://doi.org/10.1007/BF01447045>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Brown, F. L., Aoun, M., Taha, K., Steen, F., Hansen, P., Bird, M., Dawson, K. S., Watts, S., El Chammy, R., Sijbrandij, M., Malik, A., & Jordans, M. (2020). The Cultural and Contextual Adaptation Process of an Intervention to Reduce Psychological Distress in Young Adolescents Living in Lebanon. *Frontiers in psychiatry*, 11, 212. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00212>
- Burg, M. A., Adorno, G., Lopez, E. D., Loerzel, V., Stein, K., Wallace, C., & Sharma, D. K. (2015). Current unmet needs of cancer survivors: analysis of open-ended responses to the American Cancer Society Study of Cancer Survivors II. *Cancer*, 121(4), 623–630. <https://doi.org/10.1002/cncr.28951>
- Cabassa, L. J., & Baumann, A. A. (2013). A two-way street: bridging implementation science and cultural adaptations of mental health treatments. *Implementation science: IS*, 8, 90. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-90>

- Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: a meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of counseling psychology*, 58(4), 537–554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Cardenas-Sanchez, J., Bargalló-Rocha, E., Erazo.Valle, A., Maafs-Molina, E., & Poitevin-Chacón, A. (2013). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*, Elsevier, 12(Supl.3), 4-55.
- Carpenter-Song, E., Chu, E., Drake, R. E., Ritsema, M., Smith, B., & Alverson, H. (2010). Ethno-cultural variations in the experience and meaning of mental illness and treatment: implications for access and utilization. *Transcultural psychiatry*, 47(2), 224–251. <https://doi.org/10.1177/1363461510368906>
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of the National Cancer Institute*, 110(12), 1311–1327. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>
- Chae BJ, Lee J, Lee SK, Shin HJ, Jung SY, Lee JW, Kim Z, Lee MH, Lee J, Youn HJ. Unmet needs and related factors of Korean breast cancer survivors: a multicenter, cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2019 Aug 27;19(1):839. doi: 10.1186/s12885-019-6064-8. PMID: 31455311; PMCID: PMC6712787.
- Champagne, A., Ivers, H., & Savard, J. (2018). Utilization of health care services in cancer patients with elevated fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology*, 27(8), 1958–1964. <https://doi.org/10.1002/pon.4748>
- Chávarri-Guerra, Y., Villarreal-Garza, C., Liedke, P. E., Knaul, F., Mohar, A., Finkelstein, D. M., & Goss, P. E. (2012). Breast cancer in Mexico: a growing challenge to health and the health system. *The Lancet. Oncology*, 13(8), e335–e343. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70246-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70246-2)

- Chen, D., Sun, W., Liu, N., Wang, J., Zhao, J., Zhang, Y., Liu, J., & Zhang, W. (2018). Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Oncology nursing forum*, 45(6), 703–712. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.703-712>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J., Rahman, A., Verdeli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, 44(6), 1131–1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-oncology*, 22(5), 978–986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>
- Costas-Muñiz, R., Torres-Blasco, N., Castro-Figueroa, E. M., González, C. J., Breitbart, W., & Gany, F. (2020). Meaning-Centered Psychotherapy for Latino Patients with Advanced Cancer: Cultural Adaptation Process. *Journal of palliative medicine*, 23(4), 489–497. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0423>
- Custers, J. A., Tielen, R., Prins, J. B., de Wilt, J. H., Gielissen, M. F., & van der Graaf, W. T. (2015). Fear of progression in patients with gastrointestinal stromal tumors (GIST): Is extended lifetime related to the Sword of Damocles? *Acta Oncologica*, 54(8), 1202–1208. doi: 10.3109/0284186X.2014.1003960
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Kuowei Tay, A., Rahman, A., Schafer, A., & van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 354–357. <https://doi.org/10.1002/wps.20255>
- Degnan, A., Baker, S., Edge, D., Nottidge, W., Noke, M., Press, C. J., Husain, N., Rathod, S., & Drake, R. J. (2018). The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(5), 714–727. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002264>

- Domenech-Rodríguez, M., & Wieling, E. (2005). Developing culturally appropriate, evidence-based treatments for interventions with ethnic minority populations. In M. Rastogi & E. Wieling (Eds.), *Voices of color: First-person accounts of ethnic minority therapists* (pp. 313–333). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452231662.n18>
- Dorado-Roncacio, E.F., Vazquez-Nares, J.J., Hernández-Garibay, C., & García-González, I.J. (2020). Supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de mama: experiencia en una institución de Jalisco, México. *Ginecol. obstet. Méx.* [online]. 88 (5), 312-320.
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Haardoerfer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R., Hartman, M., Fernandez, M. E., & Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation science: IS*, 13(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2014). Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? *Journal of the National Cancer Institute*, 107(1), 335. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju335>
- Ferrer-Wreder, L., Sundell, K., & Mansoor, S. (2012). Tinkering with perfection: Theory development in the intervention cultural adaptation field. *Child & Youth Care Forum*, 41(2), 149–171. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9162-6>
- Fiszer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-oncology*, 23(4), 361–374. <https://doi.org/10.1002/pon.3432>
- Frankl, V.E. (1984). *Man's Search for Meaning*. New York, NY: Washington Square Press, 1984
- Fowler, F.J. (1995), *Improving Survey Questions: Design and Evaluation*, Applied Social Research Methods Series Volume 38, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications (Chapters 1-4).

- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*, 13, 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Gálvez-Hernández, C. L., Boyes, A., Ortega-Mondragón, A., Romo-González, A. G., Mohar, A., Mesa-Chavez, F., Oñate-Ocaña, L., & Villarreal-Garza, C. (2021). Unmet Needs Among Breast Cancer Patients in a Developing Country and Supportive Care Needs Survey Validation. *Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion*, 73(4), 245–250. Advance online publication. <https://doi.org/10.24875/RIC.21000068>
- Ghoncheh, M., Pournamdar, Z., & Salehiniya, H. (2016). Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(S3), 43–46. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.s3.43>
- GLOBOCAN. (2020). Mexican source: Globocan 2020. World Health Organization. The Global Cancer Observatory, 2021.
- Glynn-Jones, R., Thomas, S. F., & Chait, I. (1997). Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psycho-oncology*, 6(3), 190–196. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199709\)6:3<190: AID-PON274>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199709)6:3<190: AID-PON274>3.0.CO;2-0)
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(4), 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Guo, D., Zhang, S., Landau, K., & McTigue. (2020). Do You Get the Picture? A Meta-Analysis of the Effect of Graphics on Reading Comprehension. *AERA Open*. 6(1), 1-20.
- Hall, G. C., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior therapy*, 47(6), 993–1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>

- Hall, D. L., Luberto, C. M., Philpotts, L. L., Song, R., Park, E. R., & Yeh, G. Y. (2018). Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 27(11), 2546–2558. <https://doi.org/10.1002/pon.4757>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2016). Cultural Adaptation of Minimally Guided Interventions for Common Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mental health*, 3(3), e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Harrell, S.P. (2015). Culture, wellness, and world “PEaCE”: An introduction to personenvironment-and-culture-emergence theory. *Community Psychology in Global Perspective*, 1(1), 16-49.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *International journal of psychiatry in medicine*, 40(2), 163–181. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>
- Helms, J. E. y Cook, D. A. (1999). *An introduction to using race and culture in counseling and psychotherapy*. Fort Worth, Tx: Harcourt, Brace, & Javanovich
- Heredia-Caballero., A.G., & Palacios-López, G.G. (2018). Supervivencia a 5 años postratamiento de cáncer de mama: experiencia institucional. *Ginecol. obstet. Méx.* [online]. (86)9, 575-583.
- Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E., & Stanton, A. L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 386–405. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr541>
- Huang, C. Y., & Zane, N. (2016). Cultural influences in mental health treatment. *Current opinion in psychology*, 8, 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.10.009>
- Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., & Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast

- cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PloS one*, 13(5), e0197931.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197931>
- Hwang, W.-C., Wood, J. J., Lin, K.-M., & Cheung, F. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy with Chinese Americans: Research, Theory, and Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 293–303. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.010>
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Mohd Taib, N. A., Su, T. T., & MyBCC study group (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC public health*, 14 Suppl 3(Suppl 3), S8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>
- Jackson, K. F., Hodge, D. R., & Vaughn, M. G. (2010). A meta-analysis of culturally sensitive interventions designed to reduce high-risk behaviors among African American youth. *Journal of Social Service Research*, 36(3), 163–173. <https://doi.org/10.1080/01488371003697780>
- Joshi, M., & Gupta, L. (2021). Preparing Infographics for Post-publication Promotion of Research on social media. *Journal of Korean medical science*, 36(5), e41. <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e41>
- Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *Journal of general internal medicine*, 22(6), 782–786. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0184-6>
- Kirby, J. R. (1993). Collaborative and competitive effects of verbal and spatial processes. *Learning and Instruction*, 3(3), 201–214. [https://doi.org/10.1016/0959-4752\(93\)90004-J](https://doi.org/10.1016/0959-4752(93)90004-J)
- Kissane D. W. (2003). Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Australian family physician*, 29(11), 1022–1025.
- Knafl, K., Deatrck, J., Gallo, A., Holcombe, G., Bakitas, M., Dixon, J., & Grey, M. (2007). The analysis and interpretation of cognitive interviews for instrument development. *Research in nursing & health*, 30(2), 224–234. <https://doi.org/10.1002/nur.20195>

- Knaul, F.M. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud pública Méx* [online]. 51(2), 335-s344.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors--a systematic review of quantitative studies. *Psycho-oncology*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 957–964.
- Landis, R., & Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 33(1). 159-174.
- Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S., & McCallum, M. (2013). Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(3), 901–906. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1685-3>
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., Jolicoeur, L., Benea, A., Harris, C., Fung, M. F., Rosberger, Z., & Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 8(3), 485–496. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P., & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3265–3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Lebel, S., Maheu, C., Tomei, C., Bernstein, L. J., Courbasson, C., Ferguson, S., Harris, C., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Muraca, L., Ramanakumar, A. V., Singh, M., Parrott, J.,

- & Figueiredo, D. (2018). Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology*, 27(11), 2594–2601. <https://doi.org/10.1002/pon.4880>
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence—a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-oncology*, 6(2), 95–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95: AID-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95: AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Leigh, S. (1996). Survivorship. Presented at the 6th Biennial Symposium on Minorities, the Medically Underserved & Cancer, Washington, DC, April 23-27, 1997.
- Liu, J., Peh, C. X., Simard, S., Griva, K., & Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 111, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.004>
- Llewellyn, C. D., Weinman, J., McGurk, M., & Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence? *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 525–532. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.03.014>
- Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers*, 13(17), 4287. <https://doi.org/10.3390/cancers13174287>
- Maasset, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010>

- Maffuz-Aziza, A., Labastida-Almendaro, S., Espejo-Fonseca, A., & Rodríguez-Cueva, S. (2017). Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. *Cirugía y cirujanos*, 85(3), 201-2017.
- Maheu, C., Lebel, S., Tomei, C., Singh, M., & Esplen, M. J. (2015). Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 19(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.12.003>
- Maheu, C., Lebel, S., Courbasson, C., Lefebvre, M., Singh, M., Bernstein, L. J., Muraca, L., Benea, A., Jolicoeur, L., Harris, C., Ramanakumar, A. V., Ferguson, S., & Sidani, S. (2016). Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer. *BMC cancer*, 16, 291. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2326-x>
- Mai- Tran, T., Kim, S., Song, H., & Park, B. (2022). Longitudinal Changes in Smoking Habits in Women and Subsequent Risk of Cancer. *American journal of preventive medicine*, S0749-3797(22)00375-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.07.001>
- Mariscal-Cancelada, M., Zamora-Suchiapa, B., & Torres-Marquez, J.R. (2016). Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania. *Salud Jalisco*, 3(3).
- Marsella, A.J. (2015). Trends, changes, challenges in North American (Eurocentric) psychology: Rethinking assumptions, practices, and organization in socio-political contexts. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 7(1), 143-152.
- McDonald, E. S., Clark, A. S., Tchou, J., Zhang, P., & Freedman, G. M. (2016). Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. *Journal of nuclear medicine: official publication, Society of Nuclear Medicine*, 57 Suppl 1, 9S–16S. <https://doi.org/10.2967/jnumed.115.157834>

- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 18(12), 1273–1280. <https://doi.org/10.1002/pon.1481>
- Meyer, O., Zane, N., & Cho, Y. I. (2011). Understanding the psychological processes of the racial match effect in Asian Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 335–345. <https://doi.org/10.1037/a0023605>
- Mishel M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image--the journal of nursing scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M., Laney, I. C., Stewart, J., Porter, L., & Clayton, M. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 14(11), 962–978. <https://doi.org/10.1002/pon.909>
- Molebatsi, K., Ng, L. C., & Chiliza, B. (2021). A culturally adapted brief intervention for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness in Botswana: protocol for a randomised feasibility trial. *Pilot and feasibility studies*, 7(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00904-1>
- Molina, R., & Feliu, J. (2013), La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*. 8(1), 45-51.
- Movsisyan, A., Arnold, L., Evans, R., Hallingberg, B., Moore, G., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L. M., Segrott, J., & Rehfuss, E. (2019). Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: a systematic review of guidance. *Implementation science: IS*, 14(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0956-5>
- Mutsaers, B., Rutkowski, N., Jones, G., Lamarche, J., & Lebel, S. (2020). Assessing and managing patient fear of cancer recurrence. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(9), 672–673.
- Marcus, A. (2004). Debate heats up on defining a cancer survivor *Wall Street Journal* 2004 March 24.

- Mullam, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med.* 13(2), 270-273.
- Nazário, A. C., Facina, G., & Filassi, J. R. (2015). Breast cancer: news in diagnosis and treatment. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 61(6), 543–552. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.543>
- Nishith, P., Mueser, K. T., & Morse, G. A. (2015). A brief intervention for posttraumatic stress disorder in persons with a serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 314–319. <https://doi.org/10.1037/prj0000158>
- Orellana-Peña, C., Olmos-Olmedo, J. M., Rojas-De la Vega, J. J., & Rebolledo-García, E. (2011). Sobreexposición de los pacientes en hospitales docentes: la experiencia en un servicio de medicina. *Persona Y Bioética*, 15(1), 78–89. Recuperado a partir de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1912>
- Ozga, M., Aghajanian, C., Myers-Virtue, S., McDonnell, G., Jhanwar, S., Hichenberg, S., & Sulimanoff, I. (2015). A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliative & supportive care*, 13(6), 1771–1780. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000127>
- Park, B. W., & Hwang, S. Y. (2012). Unmet needs of breast cancer patients relative to survival duration. *Yonsei medical journal*, 53(1), 118–125. <https://doi.org/10.3349/ymj.2012.53.1.118>
- Perera, C., Salamanca-Sanabria, A., Caballero-Bernal, J., Feldman, L., Hansen, M., Bird, M., Hansen, P., Dinesen, C., Wiedemann, N., & Vallières, F. (2020). No implementation without cultural adaptation: a process for culturally adapting low-intensity psychological interventions in humanitarian settings. *Conflict and Health*. 14(46).
- Ramos, Z., & Alegría, M. (2014). Cultural adaptation and health literacy refinement of a brief depression intervention for Latinos in a low-resource setting. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(2), 293–301. <https://doi.org/10.1037/a0035021>

- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271–290. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<271:AID-JCOP4>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271:AID-JCOP4>3.0.CO;2-I)
- Rikard, R. V., Thompson, M. S., McKinney, J., & Beauchamp, A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC public health*, 16(1), 975. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3621-9>
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 157–185). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10196-007>
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(5), 734–745. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.5.734>
- Salamanca-Sanabria, A., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Adapting an internet-delivered intervention for depression for a Colombian college student population: An illustration of an integrative empirical approach. *Internet interventions*, 15, 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.11.005>
- Sangraula, M., Kohrt, B. A., Ghimire, R., Shrestha, P., Luitel, N. P., Van't Hof, E., Dawson, K., & Jordans, M. (2021). Development of the mental health cultural adaptation and contextualization for implementation (mhCACI) procedure: a systematic framework to prepare evidence-based psychological interventions for scaling. *Global mental health (Cambridge, England)*, 8, e6. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.5>
- Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*, 24(5), 583–590. <https://doi.org/10.1093/sleep/24.5.583>

- Sharpe, L., Curran, L., Butow, P., & Thewes, B. (2018). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-oncology*, 27(11), 2559–2565. <https://doi.org/10.1002/pon.4783>
- Shaw, J., Kamphuis, H., Sharpe, L., Lebel, S., Smith, A. B., Hulbert-Williams, N., Dhillon, H. M., & Butow, P. (2021). Setting an International Research Agenda for Fear of Cancer Recurrence: An Online Delphi Consensus Study. *Frontiers in psychology*, 12, 596682. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.596682>
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 7(3), 300–322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Simonelli, L. E., Siegel, S. D., & Duffy, N. M. (2017). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1444–1454. <https://doi.org/10.1002/pon.4168>
- Sing, A., Nemiro, A., Malik, A., Guimond, M., Nduwimana, E., Likindikoki, S., Annan, J., & Toi, W. (2021). Cultural Adaptation of a Scalable Psychological Intervention for Burundian Refugee Adolescents in Tanzania: A Qualitative Study. Research Square. DOI:10.21203/rs.3.rs-295574/v1
- Sit, H. F., Ling, R., Lam, A., Chen, W., Latkin, C. A., & Hall, B. J. (2020). The Cultural Adaptation of Step-by-Step: An Intervention to Address Depression Among Chinese Young Adults. *Frontiers in psychiatry*, 11, 650. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00650>
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., van Helmond, S. J., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI). *Psychology research and behavior management*, 13, 1257–1268. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S231577>
- Smith, T. B., Rodríguez, M. M. D., & Bernal, G. (2011). Culture. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 316–

- 335). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0016>
- Smith, T. B., & Trimble, J. E. (2016). *Foundations of multicultural psychology: Research to inform effective practice*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14733-000>
- Smoot, B., Wampler, M., & Topp, K. (2009). Breast Cancer Treatments and Complications: Implications for Rehabilitation. *Medicine, Biology: Rehabilitation Oncology*, 27(3), 16-26.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sorenson, C. (2018). *The theory, process, and outcomes of culturally adapted psychotherapy and psychosocial interventions*. Theses and Dissertations. Pepperdine, University.
- Spicer, J. O., & Coleman, C. G. (2022). Creating Effective Infographics and Visual Abstracts to Disseminate Research and Facilitate Medical Education on social media. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 74(Suppl_3), e14–e22. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac058>
- Suchil-Bernal, L., Rodriguez-Velazquez, A., Galindo-Vazquez, O., & Meneses-Garcia, A. (2016). Cancer survivors in Mexico: Analyzing their experience. *Journal of Clinical Oncology*, 34(3), 262-262.
- Tamburrino, M. C., & Zorrilla, A. (2011). Detección temprana y diagnóstico del cáncer mamario. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [online]. 2011,54 (1), 4-17.
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B., Thewes, B., Simard, S., & Zachariae, R. (2019). Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A

- Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 37(31), 2899–2915. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00572>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137–144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Thewes, B., Brebach, R., Dzikowska, M., Rhodes, P., Sharpe, L., & Butow, P. (2013). Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-oncology*, 23(4), 390–396. <https://doi.org/10.1002/pon.3423>
- Tomei, C., Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., & Harris, C. (2018). Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2751–2762. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4097-1>
- Torrades, S. (2003). *El origen genético del cáncer de mama*. Elsevier, 22(6).
- Torres-Tabanera, M. (2015). Novedades de la 5.a edición del sistema breast imaging reporting and data system (BI-RADS®) del Colegio Americano de Radiología. Elsevier, 29(1), 32-39. DOI: 10.1016/j.senol.2015.12.00
- Traboco, L., Pandian, H., Nikiphorou, E., & Gupta, L. (2022). Designing Infographics: Visual Representations for Enhancing Education, Communication, and Scientific Research. *Journal of Korean medical science*, 37(27), e214. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e214>
- Utsey, S. O., Giesbrecht, N., Hook, J., & Stanard, P. M. (2009). Cultural, sociofamilial, and psychological resources that inhibit psychological distress in African Americans exposed to stressful life events and race-related stress. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 49–62. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.49>

- van Helmond, S. J., van der Lee, M. L., Bisseling, E. M., Lodder, P., & de Vries, J. (2016). Factor structure of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI): Comparison of international FCRI factor structure data and factor analysis of the Dutch FCRI-NL using three predominantly breast cancer samples. *European journal of cancer care*, 30(5), e13431. <https://doi.org/10.1111/ecc.13431>
- Vivar C. G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes [Psychosocial impact of breast cancer in long-term survival: proposal of an integral follow-up care for survivors]. *Atencion primaria*, 44(5), 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.011>
- Velasco-Capellas, M., Martínez Peralta, S., Cerdà-Serdá, S., Estival-González, A., Fernández-Bruno, M., & Lianes Barragan, B. (2012). Quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama localmente avanzado. *Elsevier*, 25(1), 14-21.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 36(5), 860–877. <https://doi.org/10.1177/1090198108322819>
- World Health Organization (2008). *Cancer control: knowledge into action - diagnosis and treatment WHO guide for effective programmes*. Switzerland: World Health Organization.
- Wronski, L. (2015). DEFINING CANCER SURVIVOR AND CANCER SURVIVORSHIP: THE WHO, WHAT, AND WHEN. *Psicooncología*, 12(1), 7-18.
- Yu, X. (2011). Epidemiology of cancer recurrence, second primary cancer, and comorbidity among cancer survivors. In Feuerstein M, Ganz PA, editors. *Health Services for Cancer Survivors: Research, Policy, and Practice*. New York, NY: Springer, 277-97.
- Zainal, N. Z., Booth, S., & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, 22(7), 1457–1465. <https://doi.org/10.1002/pon.3171>

Anexos

Anexo 1

Tabla de contenido de una revisión sistemática de literatura

1. Introducción

- 1.1 Justificación de la revisión documental (descripción de la emergencia)
- 1.2 Descripción de la metodología utilizada para recopilar la información existente (Incluir los términos de búsqueda y la base de datos que se utilizaron).

2. Contexto general

- 2.1 Aspectos geográficos (por ejemplo, países vecinos)
- 2.2 Aspectos demográficos (por ejemplo, tamaño de la población, idioma y alfabetización, grupos étnicos)
- 2.3 Aspectos políticos y religiosos (por ejemplo, creencias y prácticas)
- 2.4 Aspectos económicos (por ejemplo, índice de desarrollo humano, fuente de ingresos, tasa de desempleo)
- 2.5 Género y aspectos familiares (por ejemplo, organización de la vida familiar, roles de género)
- 2.6 Mortalidad, amenazas a la mortalidad y enfermedades comunes
- 2.7 Resumen de la estructura del sistema de salud general y formal

3. Salud mental y contexto psicosocial

- 3.1 Problemas y recursos de salud mental y psicosocial
- 3.2 Modelos explicativos de los problemas mentales y psicosociales
- 3.3 Fuentes de angustia (por ejemplo, pobreza)
- 3.4 Papel del sector social (por ejemplo, derecho a la salud pública)
- 3.5 sistema de salud mental
- 3.6 descripción de los servicios formales de salud mental (atención primaria, secundario y terciaria)

4. Conclusión

- 4.1 Desafíos esperados y brechas en la salud mental y apoyo psicosocial
- 4.2 Oportunidades esperadas en salud mental y apoyo psicosocial

5. Referencias

Nota: tabla extraída de WHO (2012). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources. Switzerland: WHO*, pp 60-62.

Anexo 2

Ejemplo del formato de expertos para la sección 1 del manual de la FORT

Adaptación cultural de FORT para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer de supervivientes de cáncer de mama

Investigadores: Psic. Ivan Rivera Olvera y Dra. Lizette Gálvez Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México; Facultad de Psicología

Instrucciones generales

Estimados compañer@s, antes que nada, agradecemos su colaboración en nuestra investigación.

De manera general, nuestro proyecto consistirá en realizar la **adaptación cultural** de la **intervención grupal para reducir el miedo a la recurrencia**, con el objetivo de adecuar dicha intervención para que sea viable y aceptable para las supervivientes mexicanas de cáncer de mama que reportan miedo a la recurrencia y asisten al **Instituto Nacional de Cancerología**.

Los elegimos a ustedes debido a su vasta experiencia en investigación y en la práctica clínica relacionada **con el cáncer de mama**.

Su participación consistirá en la revisión exhaustiva de los materiales que se utilizan durante la aplicación de la intervención - **cuaderno de trabajo de la participante**.

A continuación, se describe cada uno de los puntos que debe realizar.

1- Revisión del manual enfocada en la adaptación cultural

Consistirá en analizar si las secciones correspondientes a la introducción del cuaderno de trabajo para la paciente cumplen con los elementos del modelo de adaptación cultural descrito a continuación.

Modelo de adaptación cultural

Para la adaptación de la intervención, se eligió el modelo de validez ecológica propuesto por Bernal et al. (1995) el cual ha sido uno de los modelos más utilizados para adaptar culturalmente intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en diversas poblaciones (incluidas poblaciones latinas).

Este modelo indica que las intervenciones culturalmente adaptadas deben incluir 8 dimensiones (véase una descripción general en tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones para la adaptación cultural de las intervenciones

Dimensión	Descripción del elemento
1- Lenguaje	El lenguaje utilizado es adecuado para que las pacientes puedan comprender la intervención. Se garantiza un lenguaje <i>sintónico</i> cultural para los diferentes contextos de las pacientes.

2- Persona	Referente a la relación terapéutica. La intervención tiene la flexibilidad necesaria para considerar las similitudes y diferencias étnicas y contextuales al momento de establecer la relación terapéutica.
3- Metáforas	La intervención utiliza símbolos y conceptos compartidos por la población (dichos, refranes, frases hechas).
4- Contenido	Conocimiento cultural. La intervención incorpora valores culturales importantes para las pacientes (costumbres, tradiciones) y toma en cuenta las diferencias sociales, económicas y políticas.
5- Conceptos	Los conceptos utilizados en la intervención están en <i>consonancia</i> ² con la cultura, el sistema de creencias y el contexto de las pacientes.
6- Objetivos del tratamiento	La intervención es congruente con los objetivos de las pacientes. Los objetivos del tratamiento se enmarcan dentro de los valores, costumbres y tradiciones de las pacientes.
7- Procedimiento	Los métodos, las tareas y los procedimientos empleados en la intervención son compatibles o aceptables para la cultura de las pacientes.
8- Contexto	La intervención considera contextos cambiantes en la evaluación durante el tratamiento o la intervención (por ejemplo, el contexto económico y social de la intervención).

Dicho de una persona o de su carácter: Que se adapta fácilmente al entorno social.

² relación de conformidad o correspondencia que tienen algunas cosas entre sí

Marca con una X la opción que represente mejor tu opinión.

En caso de elegir las opciones “*No cumple con la dimensión*” o “*No aplica*”, te pedimos que comentes el porqué de tu elección y que escribas algunas sugerencias o cambios para poder cumplirlos.

Por último, si tienes algunos comentarios o sugerencias generales de la sección, te pedimos que los escribas en el cuadro de *comentarios generales de la sección*.

¡Muchas gracias!

Sesión evaluada

CUADERNO DE TRABAJO PARA LA PACIENTE

Sección 1

De la página _ a

1- Revisión de la sección

Preguntas	Sí	No	Observaciones
1.- ¿La sección es comprensible ?			
2.- ¿La sección es aceptable ?			
3.- ¿La sección es relevante ?			
4.- Agregaría algún elemento que ayude a la comprensión de la sección (ilustración, ejemplo, cuadro, otros)			

2- Revisión de la sección enfocada en la adaptación cultural

Elemento	Cumple con el elemento	No cumple con el elemento	No aplica	Comentarios
1- Lenguaje				
2- Persona				
3- Metáforas				
4- Contenido				

5- Conceptos				
6- Objetivos del tratamiento				
7- Procedimiento				
8- Contexto				
Comentarios generales de la sección				

Guía de entrevista cognitiva

para evaluar la aceptabilidad, comprensibilidad y relevancia de los manuales de la terapia de grupo cognitivo-existencial para disminuir el miedo a la recurrencia (MRC) de supervivientes de cáncer de mama (CaMa).

Estamos realizando esta entrevista a **supervivientes de CaMa** y **profesionales de la salud** para evaluar algunas secciones de los manuales que se utilizaran durante la terapia de grupo para disminuir el MRC de supervivientes de CaMa.

El **MRC** se define como el miedo, preocupación o inquietud relacionado con la posibilidad de que el cáncer reaparezca o progrese. Se estima que un gran porcentaje de supervivientes de CaMa llegan a presentar algún grado de miedo a la recurrencia durante la supervivencia.

El objetivo de esta reunión es presentarte algunas secciones de los manuales de la intervención y que nos compartas tu opinión personal sobre lo **aceptable, relevante** y **comprensibles** que son para ti.

Para esta entrevista se refiere a:

- **aceptable**: que las secciones del manual que te presentamos no son confusas u ofensivas para ti.
- **relevante**: que las secciones del manual son útiles y pertinentes para ti.
- **comprensibles**: que las secciones del manual son fáciles y claros para ti.

Finalmente, te realizaremos algunas preguntas específicas sobre las secciones.

El papel que tienes es sumamente importante, así que nos gustaría saber lo que piensas sinceramente de la intervención para que, en un futuro cercano, las supervivientes de CaMa con MRC tengan una atención psicológica que se ajuste a sus necesidades como mujeres mexicanas.

Esta entrevista se va a grabar para no perder ningún detalle de lo que nos dices (solo en audio). Por ello tus datos van a ser confidenciales y te vamos a pedir que elijas un nombre que no sea el tuyo, el de un animal o una flor, para llamarte así a lo largo de la entrevista.

Si alguna pregunta o tema te causa incomodidad, tienes todo el derecho de no contestar, sólo dínos que no deseas hablar de eso y no habrá ningún problema.

¿Tienen alguna duda?

Sesión I

¿Cómo te afectan tus pensamientos?

Manual del terapeuta – de la página 23 a la 24

Manual del participante – de la página 10 a la 11

Instrucciones

Vamos a iniciar. La intervención consta de seis sesiones. En esta sesión, les vamos a mostrar la primera y segunda sesión.

En este momento, voy a compartir (o proyectar) en la pantalla, la primera sección que vamos a evaluar. Esta tiene como objetivo: enseñarles a las pacientes cómo les afectan sus pensamientos.

Voy a leer la sección y al finalizar les realizaré algunas preguntas. ¿Tienen alguna duda?

Proyectar el manual de la paciente.

Leer las instrucciones del manual del terapeuta.

Sonda	Pregunta	Acotación/Notas
Sonda de comprensión	- ¿Consideran que esta sección sería fácil o difícil de entender para las pacientes? ¿Por qué piensan eso?	
	- ¿Consideran que hay palabras o frases que son poco claras o difíciles de entender? ¿Cuáles y por qué?	
	- ¿Queda clara la diferencia entre pensamientos y sentimientos ? ¿Podrían decírmela?	
Sonda de aceptabilidad	¿Consideran que alguna de las secciones que revisamos puedan ser ofensiva o confusa para las pacientes?	
Sonda de relevancia	En su experiencia, ¿creen que estas secciones serán útiles o pertinentes para las pacientes? ¿Por qué piensan eso?	
Sonda evaluativa	- ¿Agregarían o quitarían algo de esta sección? ¿Por qué?	En dado caso de que no entiendan la pregunta o no se les ocurra nada a las participantes, dar un ejemplo: Agregar instrucciones, poner otro ejemplo, etc.

Anexo 4

Ejemplo de la transcripción de la entrevista cognitiva de las supervivientes para la evaluación de secciones que pertenecen a la sesión 1 del manual

Secciones evaluadas		
	¿Cómo te afectan tus pensamientos?	¿Qué es el MRC?
Comprensión	<p>Superviviente 1. “Lo entiendo muy bien, porque los ejemplos tienen sentido si los relacionamos con el tema del cáncer. Es muy fácil”.</p> <p>Superviviente 2. “La sección es fácil de entender porque se relaciona con situaciones que se ocasionan debido al cáncer. Entiendo porque son situaciones en la cual podemos estar cualquiera de las personas”.</p> <p>Superviviente 3. “Considero que es fácil de entender porque ya se conoce y se sabe cómo actúas ante situaciones en relación a la interacción con otras personas”.</p>	<p>Superviviente 1. “Viendo el cuadro (el esquema de MRC), es un poco complejo de entender. Yo creo que, si le agregamos más explicaciones de algunos términos difíciles como: ¿qué es un detonador interno y una externo? o ¿qué es la incertidumbre? Y se los explicas poco a poquito, sería más fácil de entender, incluso para supervivientes con baja escolaridad. Aunque no sé, no creo que todas podamos leer información así”.</p> <p>Superviviente 2. “Para mí, es más o menos claro. Sin embargo, para otras pacientes que vean el manual, esto puede ser muy difícil (sobre todo para pacientes con baja escolaridad). Por ejemplo, eso de detonadores no lo veo muy claro. Igual y si agregamos ejemplos para saber a qué te estas refiriendo, eso podría ayudar. Además, creo que, si mostramos la información así, va a requerir su tiempo y que haya disposición de las pacientes (...) muchas veces, cuando vamos al hospital, vamos preocupadas porque tenemos que regresar pronto a casa o por otros pendientes, entonces no todas vamos con la atención suficiente para entender cosas difíciles. Entonces, el esquema si lo veo difícil y que se necesita estar atenta”.</p> <p>Superviviente 3. “Para mí, igual. Leyendo el modelo, pues a lo mejor si me puedo identificar con lo que se está comentando, pero, realmente, basándonos en otras posibles pacientes que a lo mejor no están acostumbradas a leer constantemente o que no tienen la disponibilidad, pues no lo van a entender, así como tal. A lo mejor, si cambiamos la forma en la que se muestra la información y agregamos ejemplos o ilustraciones para explicar las cosas difíciles, esto podría ayudar a las pacientes. Además, será importante que le digas a las pacientes o que les preguntes si están entendiendo este ejercicio”.</p>
Aceptabilidad	<p>Superviviente 1. “La sección no me pareció confusa u ofensiva, todo está muy bien”.</p> <p>Superviviente 2. “No me percaté de ninguna cosa que me pudiera ofender o hacer sentir mal”.</p>	<p>Superviviente 1. “Si dejamos la sección así, si puede ser confusa. Si le agregamos los cambios que dijimos, puede que sea más fácil de entender”.</p> <p>Superviviente 2. “Confusa sí, pero no llega a ofendernos. Eso es lo que yo pienso”.</p>

	<p>Superviviente 3. “Todo bien”.</p>
<p>Relevancia</p>	<p>Superviviente 1. “La sección me pareció muy útil (...) sin embargo, creo que el ejemplo se entendería mejor si lo relacionamos con una paciente en remisión. Digo, si es un caso normal de la vida, pero, para aterrizarlo mejor para las supervivientes, podrías agregar un ejemplo que se relacione con el MRC”.</p> <p>Superviviente 2. “Es una sección útil porque aprendes como se relaciona el pensamiento con otras cosas. Sin embargo, si ponemos un ejemplo más relacionado con situaciones que nos pasan a nosotras, por ejemplo, las preocupaciones que surgen cuando nos duele la cabeza u otra cosa y como esto nos puede causar MRC, creo que tendría más impacto”.</p> <p>Superviviente 3. “Coincido con ellas. Digo, no se trata de poner a una mujer enferma, pero si ponemos un ejemplo más relacionado a situaciones que suceden en la supervivencia, creo que tendría más impacto, e incluso podríamos sentir empatía por lo que le sucede a otras supervivientes. Estaría padre que pudiéramos modificar el ejemplo o que agregáramos más ejemplos”</p>

Superviviente 3. “Difícil. Te puede llegar a confundir el cuadro”.

Superviviente 1. “Yo pienso que, si es relevante, ya que es todo lo que vivimos las supervivientes. Sin embargo, considero que no hay ejemplos de cómo lo estamos viviendo nosotras. Si agregamos ejemplos de cómo se cada uno de los conceptos que vienen en el esquema, creo que se entendería mejor la información”.

Superviviente 2. “Yo creo que está bien, nos da pauta de que podamos ir entendiendo lo que estamos viviendo.”

Superviviente 3. “Creo que, si es muy importante, ya que nos dicen qué sucede con lo que nos pasa (el MRC). Sin embargo, creo que está muy difícil de entender, así como esta. Por lo tanto, considero que podríamos ponerle ejemplos que estén relacionados con lo que sucede con otras supervivientes que tienen miedo a la recurrencia.”