

Adaptación cultural mexicana del programa de intervención CASCAdE para padres de supervivientes de cáncer infantil

Fatima Sagrario Espinoza-Salgado^{1*}; Rebeca Robles García²; Claire E. Wakefield³; Lauren Kelada⁴; Ursula M. Sansom-Daly⁵; Brittany C. McGill⁶; Alejandra Zentella Tusie⁷; Francisco Lorenzo Juárez García⁸; Rocío del Socorro Cárdenas Cardos⁹; Marta Zapata-Tarrés¹⁰

Recibido: 6 de noviembre de 2021 / Aceptado: 1 de febrero de 2022

Resumen. Objetivo: Describir el proceso de adaptación cultural del programa CASCAdE en línea para padres de supervivientes de cáncer infantil mexicanos. Método: Se utilizó el Modelo Ecológico de Validación (MEV), en dos fases: la primera consistió en la traducción (inglés-español) y adaptación cultural de los contenidos del programa; la segunda fue la evaluación del contenido e integridad del tratamiento. Resultados: Se realizaron cambios en la redacción del texto, se modificó el uso de la segunda persona del singular por la tercera persona del singular “usted”. Del MEV se eligieron para

- 1 Fatima Sagrario Espinoza-Salgado Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
E-mail: fatima.espinoza.14@gmail.com
 - 2 Rebeca Robles García. Centro Centro de Investigación en Salud Mental Global. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México
E-mail: reberobles@hotmail.com
 - 3 Claire E. Wakefield. School of Women’s and Children’s Health, UNSW Sydney. Kids Cancer Center, Sydney Children’s Hospital, High Street, Randwick, Kensington, Australia.
E-mail: c.wakefield@unsw.edu.au
 - 4 Lauren Kelada. School of Women’s and Children’s Health, UNSW Sydney. Kids Cancer Center, Sydney Children’s Hospital, High Street, Randwick, Kensington, Australia.
E-mail: l.kelada@unsw.edu.au
 - 5 Ursula M. Sansom-Daly. School of Women’s and Children’s Health, UNSW Sydney. Kids Cancer Center, Sydney Children’s Hospital, High Street, Randwick, Kensington, Sydney. Youth Cancer Service, Nelune Comprehensive Cancer Centre, Prince of Wales Hospital, Randwick, Australia.
E-mail: ursula@unsw.edu.au
 - 6 Brittany C. McGill School of Women’s and Children’s Health, UNSW Sydney. Kids Cancer Center, Sydney Children’s Hospital, High Street, Randwick, Kensington, Australia.
E-mail: b.mcgill@unsw.edu.au
 - 7 Alejandra Zentella Tusie. Hospital Infantil Privado Star Médica, Ciudad de México, México.
E-mail: alezentus@gmail.com
 - 8 Lorenzo Juárez García. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.
Email: pacojg@imp.edu.mx
 - 9 Rocío del Socorro Cárdenas Cardos. Servicio de Oncología, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.
Email: oncoped_inp@hotmail.com.
 - 10 Marta Zapata-Tarrés. Coordinación de investigación en Fundación IMSS, A.C. Ciudad de México, México.
Email: mzapatatarres@gmail.com
- * Dirección de correspondencia: Fatima Sagrario Espinoza-Salgado Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México. Av. Chapultepec 45, dep. 4, col. Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México. E-mail: fatima.espinoza.14@gmail.com

adaptación de materiales: Lenguaje, Personas, Metáforas o dichos, Narrativa y Conceptos. Entre los cambios más relevantes se encuentran el uso de la tercera persona del singular (aceptabilidad) y la adaptación de metáforas que fueran entendibles en este contexto (relevancia). Para la intervención se adaptaron: Métodos, contexto y objetivos, dando como resultado la aplicación individual, cambios en el diseño gráfico e inclusión de iconografías llamativas y amigables para los padres (aceptabilidad). En la evaluación del contenido por jueces expertos se obtuvieron porcentajes del 50% de acuerdo en redacción de las sesiones de introducción del manual para el facilitador y 75% en redacción de la sesión cuatro del manual para padres. Conclusión: Este estudio muestra el proceso de adaptación cultural desde el MEV a fin de contar con los materiales necesarios para que la aplicación del programa CASCAde en un contexto mexicano.

Palabras clave: Adaptación cultural, padres, supervivientes, cáncer infantil, intervención cognitivo-conductual.

[en] Mexican cultural adaptation of the CASCAde intervention program for parents of childhood cancer survivors

Abstract. Objective: Describe the process of the cultural adaptation of the CASCAde intervention program for parents of childhood cancer survivors in Mexico. Method: The Ecological Validation Model (EVM) was used in two stages. The first consisted of the translation (from English to Spanish) and cultural adaptation of the program content while second involved the evaluation of the treatment content and integrity. Results. Changes were made in the wording of the text; the second person singular was changed to the third person singular “usted,” the formal way to say “you” in Spanish. The following were chosen from the EVM for the adaptation of materials: language, people, metaphors, or sayings, narrative and concepts. Among the most relevant changes are the use of the third person singular (acceptability) and the adaptation of metaphors to make them understandable in this context (relevance). The following aspects were adapted for the intervention: methods, context, and objectives, which resulted in individual application, changes in graphic design and the inclusion of attractive images for parents (acceptability). In the content evaluation by expert judges, 50% of agreement was obtained in the writing of the introductory sessions of the facilitator’s manual and 75% in the wording of session four of the parents’ manual. Conclusions. This study shows the process of cultural adaptation based on the EVM to obtain the necessary materials for the implementation of the CASCAde program in a Mexican context.

Keywords: Cultural adaptation, parents, survivors, childhood cancer, cognitive-behavioral intervention.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión y conclusiones. 5. Agradecimientos. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Espinoza-Salgado FS, Robles García R, Wakefield CE, Kelada L., Sansom-Daly UM, McGill BC, Zentella Tusie A, Juárez García FL, Cárdenas Cardos RC, Zapata Tarrés MM. Adaptación cultural mexicana del programa de intervención CASCAde para padres de supervivientes de cáncer infantil. *Psicooncología* 2022; 19: 63-80. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.80798>

1. Introducción

En cáncer infantil es un grupo de enfermedades que comparten la característica de un crecimiento anormal de células que forma tumores y que se presentan antes de los 20 años de edad⁽¹⁾, se estima que entre 50 a 200 niños por cada millón de habitantes son diagnosticados cada año con cáncer^(2,3), y que entre un 62%-80% de los casos llegan a la supervivencia^(4,5), dependiendo del tipo y sitio del tumor, la edad de inicio, el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, la genética de la enfermedad

y la región geográfica⁽⁶⁻⁸⁾. En el caso de México se estima una supervivencia mayor a cinco años entre el 40 al 56% de los casos, misma que puede aumentar en un 5% por año en los siguientes tres años de supervivencia^(7,9).

La supervivencia es la etapa donde el paciente ha terminado el tratamiento oncológico, ha quedado libre de enfermedad⁽¹⁰⁾ y debe de continuar con un seguimiento médico constante por los efectos a largo plazo, incluyendo: pérdida de audición, disfunción cardíaca, cataratas, obesidad, problemas de tiroides, resistencia a la insulina, infertilidad y segundas neoplasias; éstos dependerán del diagnóstico del superviviente y del tratamiento específico recibido^(11,12). Por otro lado, se han descrito secuelas psicosociales al regresar a la cotidianidad; destacan los problemas de aprendizaje⁽¹³⁾, ansiedad, depresión, estrés postraumático^(14,15) y miedo a la recurrencia⁽¹⁶⁾.

Además, la supervivencia del cáncer no es un asunto que exclusivamente tiene implicaciones psicológicas exclusivamente en el niño o adolescente superviviente sino también de los padres que lo acompañaron, cuidaron y vivieron el proceso de enfermedad⁽¹⁷⁾. Está documentado que los padres pueden llegar a presentarlas hasta el final del tratamiento, cuando ya han procesado la experiencia vivida, las emociones que vivieron, además de haber estado expuestos a la probabilidad de muerte de su hijo⁽¹⁸⁻²⁰⁾; destacan los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático^(21, 22), así como el miedo a la recurrencia del cáncer en su hijo^(23,24), sentimientos de soledad o falta de apoyo social, mismos que tienen un efecto directo en su calidad de vida⁽²⁴⁾.

La atención a estas problemáticas que presentan los padres de supervivientes resultan apremiante a fin de que puedan continuar con las tareas propias de la crianza y cuidado del superviviente. Si los padres presentan problemas de salud mental pueden desarrollar estilos de crianza negligentes (sobreprotección), interacciones negativas entre padres e hijos, problemas de conducta en el superviviente, aumento en las visitas innecesarias a servicios médicos o abandono de la vigilancia médica, enojo hacia el superviviente y miedo a la recurrencia exacerbado en el superviviente^(24,26-30), por el contrario, las intervenciones psicológicas en los padres de niños supervivientes les permiten desarrollar estrategias de afrontamiento para hacer frente a los retos propios de la supervivencia: seguimiento médico, volver a la normalidad, y la probabilidad de recaídas o nuevas neoplasias⁽³¹⁾, entre otros muchos desafíos de la supervivencia.

A pesar de la necesidad imperante de atención en esta población, los programas de intervención basados en evidencia son escasos: *Surviving Cancer Competency: An intervention Program - SCCIP*⁽³²⁾, *FAMILY-Oriented Support (FAMOS)*⁽³³⁾, *ENGAGE*^(34,35) *CASCAdE*^(36,37). Estos programas comparten algunas características como su brevedad (desde cuatro hasta doce sesiones), cuentan con técnicas cognitivo conductuales en combinación con otros modelos psicoterapéuticos, y su sistematización mediante manuales de intervención. Los dos primeros (SCCIP y FAMOS) son presenciales, y se dirigen a disminuir sintomatología de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Los dos últimos (*CASCAdE* y *ENGAGE*) se ofrecen en línea⁽³⁸⁾ a fin de incrementar el acceso a tratamiento durante la fase de supervivencia porque disminuyen las visitas a los centros hospitalarios, e incluyen dentro de su plan de atención al miedo a la recurrencia, convirtiéndolos en herramientas terapéuticas viables, probablemente con mayor beneficio que puede llegar a más familias que los métodos presenciales.

El miedo a la recurrencia o “preocupación intensa a que el cáncer regrese en la misma u otra parte del cuerpo”⁽³⁹⁾, se caracteriza por niveles altos de preocupación, exceso de rumiaciones y/o pensamientos intrusivos respecto al regreso del cáncer, estrategias de afrontamiento desadaptativas, malestar emocional excesivo, y dificultad

para realizar planes a futuro, entre otras^(28, 31, 40, 41), y es atendido mediante estrategias de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)^(42, 43), a fin de cambiar la relación con las cogniciones, más que con su contenido⁽⁴⁴⁾, lo que ha demostrado disminuir el malestar emocional asociado tanto en supervivientes de cáncer como en los padres⁽⁴⁵⁾.

Por su parte, el programa CASCADE^(36, 37) fue desarrollado en Australia, consiste en seis sesiones donde se mezclan intervenciones individuales y grupales (primera sesión de evaluación individual, seguida de cuatro sesiones grupales de intervención y una sesión individual de “refuerzo” para repasar las habilidades aprendidas durante las sesiones anteriores); las sesiones se llevan a cabo mediante videollamadas. El contenido terapéutico de las cuatro sesiones, consiste en: Sesión 1 Activación conductual, sesión 2 reestructuración cognitiva, sesión 3 aceptación y atención plena y sesión 4 habilidades sociales y valores personales. Se cuenta ya con la evaluación de su aceptabilidad, factibilidad e impacto en la disminución de miedo a la recurrencia (mediante un diseño controlado aleatorizado, con grupo control en lista de espera)⁽³⁶⁾; efecto que se puede atribuir a que incluye elementos de terapia cognitivo-conductual y ACT que de acuerdo con las guías clínicas del miedo a la recurrencia, se han sugerido para su tratamiento⁽⁴⁶⁾. Otra de las ventajas de este programa es su formato grupal, lo que permite que más padres se puedan beneficiar de prácticas basadas en evidencia empleando menos recursos humanos para su atención⁽³⁸⁾, además que el formato grupal permite que los padres pueden beneficiarse del apoyo de sus compañeros.

En un contexto como México, donde las distancias geográficas son considerables y los servicios de salud se encuentran centralizados, los padres deben trasladarse e incluso cambiar de residencia durante el tratamiento de la enfermedad pero al término del tratamiento, los padres regresan a sus lugares de origen, disminuyendo las visitas al centro hospitalario. Esto puede ser una limitante para recibir una atención a los problemas de salud mental asociados con la supervivencia que los coloca en una posición vulnerable; sin embargo, en la región de Iberoamérica aún no se han desarrollado programas de intervención como CASCADE.

Para que este programa pueda ser utilizado en México no basta con la traducción del Inglés al Español, es necesaria la adaptación cultural que permita su implementación exitosa y escalable. La adaptación cultura se define como: la modificación sistemática de un tratamiento basado en evidencia que considera el lenguaje, la cultura y el contexto que es compatible con los valores, significados y patrones culturales de quienes aplican y reciben las intervenciones^(47, 48) y agrega elementos que respondan a las creencias y normas sociales de contexto en cuestión.

La adaptación cultural de intervenciones es, en este sentido, un primer paso indispensable para subsanar las necesidades de salud mental en lugares que el acceso a estos servicios son limitados reduciendo barreras geográficas, económicas y de tiempo⁽⁴⁹⁾, al permitir el acceso remoto a herramientas basadas en evidencia.

Con ella se busca obtener la eficacia, efectividad y validez externa de las intervenciones al incluir reglas y contextos bajo los que se rigen y desarrollan los comportamientos de las personas. Se enmarca en el modelo de validez ecológica, definido como el grado de congruencia entre el ambiente, la persona y las propiedades del ambiente⁽⁴⁷⁾. Considera a la cultura como un punto de partida para conceptualizar problemáticas. Este proceso incluye la traducción, recolección e interpretación de los datos de una intervención; propone ocho elementos necesarios y culturalmente sensibles que deben evaluarse para considerar una buena adaptación: lenguaje,

personas, metáforas, contenido, conceptos, objetivos, métodos y contexto. Evaluando estos ocho elementos se asegura que el tratamiento sea culturalmente sensible para terapeutas y personas que utilicen una intervención adaptada. Este modelo ha sido utilizado en contextos Hispánicos⁽⁵⁰⁾ para la adaptación de tratamientos cognitivo conductuales, que terminan por demostrar buenos resultados^(51,52).

2. Método

La metodología propuesta para esta investigación se basa en las ocho dimensiones del modelo ecológico de Bernal⁽⁴⁷⁾ para garantizar la integridad y sensibilidad cultural del tratamiento.

Participantes

Con base en un muestreo intencional se reclutaron: a una experta en traducción (inglés-español) nativa mexicana que estuvo inmersa en una cultura de habla inglesa (Estados Unidos) por un tiempo prolongado, un editor especialista en corrección de estilo de materiales psicológicos traducidos al español, una psicóloga mexicana experta en terapia cognitivo conductual y psicooncología, un diseñador especialista en diseño editorial de materiales, y seis expertos mexicanos en salud mental, todos con posgrados en Medicina Conductual y/o psicooncología clínica y amplia experiencia trabajando con pacientes oncológicos.

Procedimiento

El estudio se dividió en dos fases: 1) Traducción y adaptación cultural del contenido de la intervención, 2) Evaluación preliminar de contenido e integridad del tratamiento (pertinencia, redacción, lenguaje y contenido teórico).

Etapas: Traducción y adaptación cultural del contenido de la intervención

En la primera etapa se trabajó en traducción (inglés-español) edición y adaptación cultural del programa CASCAdE.

En primer lugar, el equipo original del programa CASCAdE hizo llegar los dos manuales (del terapeuta y del cuidador) que componen el programa de intervención, el idioma original de esta es Inglés; por consiguiente se solicitó a una experta la traducción de ambos manuales, para ello se diseñó un formato de traducción (Inglés – Español) para cada manual donde se indicaban las posibles opciones de traducción y el sitio de cada uno de ellos. Después de obtener las versiones traducidas de los manuales una especialista en ediciones de texto en psicología y con suficiente dominio del idioma Inglés y una psicóloga experta evaluaron la calidad de la traducción, en algunos casos se eligieron las versiones idóneas de algunos textos, como las adaptaciones culturales al lenguaje utilizado en los manuales, dando énfasis en el manual para padres. Posterior a la evaluación de la traducción y adaptación (modismos, actividades, situaciones culturales), se invitó a una especialista en diseño editorial para un rediseño de los materiales, se le explicó el objetivo de estos materiales y la población a la que se dirigían. Con esta información se dió mayor atención y cambios

al manual dirigido a padres, el principal cambio fue el diseño gráfico considerando que para la población mexicana resultan más amigables los materiales que tienen contenido gráfico. Para el manual del terapeuta, las modificaciones fueron mínimas porque se trataba de términos técnicos que son entendibles para cualquier psicólogo con formación en terapia cognitivo-conductual, solo se agregaron las imágenes o textos que referían alguna parte del manual para padres. De esta forma se obtuvo la versión preliminar de ambos manuales, para su evaluación por expertos.

Etapa dos: Evaluación preliminar de contenido e integridad del tratamiento (pertinencia, redacción, lenguaje y contenido teórico)

Para la segunda fase, se diseñaron dos formatos para la evaluación por expertos, uno para cada manual, donde se solicitó la evaluación de los jueces respecto a cada apartado y/o sesión, de acuerdo con las recomendaciones sugeridas para la adaptación cultural de intervenciones cognitivo conductuales^(47,48). De cada apartado se evaluó pertinencia, redacción, lenguaje y contenido teórico.

Se contactó vía electrónica a seis psicólogos expertos (posgrado). En primer lugar, para el manual del terapeuta, se contactó a dos psicólogos expertos en terapia cognitivo conductual, se les explicó el objetivo de la investigación y cual sería su participación como jueces expertos. Se les envió el formato de jueces en un documento *Word office*, donde se les solicitó evaluar la presencia y/o ausencia de pertinencia, redacción, lenguaje apropiado y validez de contenido de cada uno de los apartados: entrevista, sesión de introducción, cuatro sesiones de intervención, sesión de reforzamiento, así como el manual de terapeuta traducido y adaptado, en formato pdf. Se les pidió que a la par de revisar el manual contestarán la rúbrica de jueceo además de sugerirles que podían hacer correcciones dentro del mismo documento (en control de cambios). Con las respuestas y sugerencias de los expertos se obtuvieron los porcentajes de acuerdo y, en conjunto con la diseñadora, se realizaron los cambios necesarios al manual.

Para la evaluación del manual de padres se contactó a cuatro psicólogos expertos, dos en terapia cognitivo conductual contextual y dos expertos en psicooncología, se les explicó el objetivo de la investigación y su rol como jueces expertos. De igual forma se les hizo llegar la rúbrica de jueceo en un documento *Word office*, donde se les solicitó evaluar la presencia y/o ausencia de pertinencia, redacción, lenguaje apropiado y validez de contenido de cada uno de los apartados: bienvenida, confidencialidad y privacidad, mantenerse a salvo, acerca del cuaderno de trabajo y cuatro sesiones de intervención; asimismo, se les envió la versión del manual traducido y adaptado en formato PDF para su revisión. Posterior al envío de los materiales se les pidió contestar la rúbrica de jueceo a la par de revisar dicho manual, además de invitarles a realizar correcciones dentro del manual si lo consideraban necesario (en control de cambios). Se obtuvieron los porcentajes de acuerdo, y en conjunto con la diseñadora, se realizaron los cambios sugeridos del manual para padres.

3. Resultados

Respecto a los seis jueces participantes, el 66,6% contaban con un posgrado en terapia cognitivo conductual y el 33,3% contaba con un posgrado dirigido a psicooncología.

El promedio de años de experiencia de trabajo con esta población fue de 7,5 años (rango= 3–17 años).

Con base en el modelo de validez ecológica, se analizaron y aplicaron los cambios necesario tomando en cuenta las siguientes dimensiones: lenguaje, personas, metáforas o dichos, contenido (narrativa), y conceptos (conceptos), tanto para el manual de padres como para el del terapeuta (Ver tabla 1). Para el contenido de la intervención se cambiaron o consideraron: el método (variables culturales) y contextos (variables socioeconómicas) (Ver Tabla 2). Algunos de los ejemplos de estas adaptaciones de muestran en las figuras 1 y 2.

Respecto a la evaluación de los manuales por parte de los jueces, en el manual del terapeuta se obtuvo un 50% de acuerdo en la redacción de la introducción, como en la sesión de introducción, debido a algunos apartados que parecían no ser entendibles por los terapeutas por características propias de la cultura de origen. En el resto de sesiones y apartados se obtuvo un 100% de acuerdo. En la evaluación del manual para padres, se obtuvo un 75% en redacción en la sesión dos y cuatro, además de un 75% en el lenguaje que se utilizó en la sesión cuatro. De igual forma se atribuye a variables culturales, que en la primera revisión no se consideraron. Se realizaron las correcciones sugeridas y se obtuvieron las versiones finales de ambos manuales.

Los psicólogos expertos mexicanos sugirieron agregar que se trataba de un programa cognitivo conductual contextual, por las características de las herramientas terapéuticas que se utilizan.

Tabla 1. Ejemplos de adaptación cultural de acuerdo con las dimensiones, dentro de los manuales.

Dimensión	Ejemplo (previo a la adaptación)	Problema para la población final	Decisión	Versión final
Lenguaje Es culturalmente apropiado.	En el idioma inglés no existe la tercera persona del singular. Abrazar, consentir. “Mi jefe me va a regañar” “ <i>Me sentí como si me hubieran echado</i> ”. Autobús Reflexionar	Aceptabilidad: En la cultura mexicana cuando no se conoce a alguien o no se tiene confianza se le habla de usted. Aceptabilidad: Son palabras de uso en México, pero no muestran un significado emocional representativo. Aceptabilidad: Se usa en un lenguaje formal, no en el coloquial. Relevancia: En México se utiliza en termino: “ <i>correr</i> ”. Aceptabilidad: Es un término formal, coloquialmente no se utiliza. Relevancia: No es una palabra común para el objetivo de repensar.	Modificar Cambiar Cambiar Cambiar Cambiar Cambiar	Todo el manual se refiere a los padres en tercera persona del singular, <i>usted</i> . <i>Apapachar</i> , es un modismo mexicano que representa mejor el concepto. “ <i>Mi jefe me sermoneará</i> ”, tiene una connotación negativa, como lo refiere el original. “ <i>Me sentí como si me hubieran corrido</i> ”. “ <i>Camión y/o microbús</i> ” “ <i>Dándole Vueltas</i> ”
Personas: Similitudes étnicas en cuanto a roles.	Se utilizan nombre de personas comunes en Australia, como: Elizabeth.	Relevancia: Si es un nombre usual en México, pero poco frecuente.	Cambiar nombre.	Se utilizó el nombre de María para referirse a Mujeres
Metáforas o dichos:	“ <i>No todo son arcoiris y unicornios</i> ”	Comprensión: No es un dicho en México.	Sustituir	“ <i>No todo es miel sobre hojuelas</i> ”

<p>La familia (padres e hijos) durante el proceso de cáncer es como un <i>barco en la tormenta</i>.</p> <p>¡Las cosas se ponen patas arriba!</p> <p>“Quedar inmunes”</p> <p>Oso polar rosa bailando.</p>	<p>Relevancia: En México en esta población, prevalecen las familias homoparentales y extensas que cohabitan (abuelos, tíos).</p> <p>Relevancia: En el lenguaje coloquial se utilizan abreviaturas.</p> <p>Relevancia: Ese término se utiliza más en el ámbito médico</p> <p>Aceptabilidad: En América Latina se ha visto que las personas se identifican mejor con: elefante rosa bailando.</p>	<p>Agregar</p> <p>Modificar</p> <p>Cambiar</p> <p>Modificar</p>	<p>Antes de comenzar con el ejercicio se agrega una evaluación ¿En qué tipo de familia se encuentra? ¿Quiénes estuvieron en el proceso? ¿Hubo un proceso de divorcio durante el proceso de cáncer? Se ofrecen distintos ejemplos de acuerdo con los tipos de familia.</p> <p>“<i>¡Las cosas se pusieron patas pa'rrriba!</i>”</p> <p>“<i>¡Vacunarnos!</i>”</p> <p>El ejercicio habla de un <i>elefante rosa bailando</i>.</p>
<p>Contenido (narrativa): Valores, costumbres, tradiciones,</p> <p>Actividades positivas: “Tener un juego de Golf” “Estudiar un idioma” “Ir a surfear” “Ir a clase de Tai-Chi” “Jugar juegos de mesa” “Tomar un baño de tina” “Jugar Golf”</p> <p>Creo haré una ensalada.</p>	<p>Relevancia: No son actividades comunes en países mexicanos.</p>	<p>Cambiar</p> <p>Cambiar</p>	<p>Se cambiaron por actividades comunes en México: “<i>Jugar Fútbol Soccer</i>” “<i>Hacer videollamadas</i>” “<i>Jugar con mis hijos, ir al tianguis</i>” “<i>Ir a clase de Zumba</i>” “<i>Cocinar</i>” “<i>Hacer manualidades</i>” “<i>Ver Netflix</i>” “<i>Bañarse con calma</i>” “<i>Creo guisaré enchiladas</i>”</p>
<p>Contenido (conceptos): Propios del tratamiento</p>	<p>Aceptabilidad: No es una comida que se prepare frecuentemente en México.</p> <p>Aceptabilidad: En México se utiliza este término para el estrés que padece el personal de salud.</p>	<p>Cambiar</p> <p>Sustituir</p>	<p>“<i>Estrés</i>”</p>

<p>Mindfulness</p> <p>Relevancia: Si bien el término anglosajón se utiliza en México entre psicoterapeutas, es probable que la población objetivo no lo entienda.</p> <p>Aceptabilidad: Si se presentan gráficos es probable que se entienda el objetivo de la intervención.</p> <p>Valores personales Brújula de la vida.</p>	<p>Cambiar</p> <p>Agregar</p> <p>Agregar</p>	<p>“Atención plena”.</p> <p>Se agregaron iconos para indicar los cinco sentidos, como la respiración y relajación.</p> <p><i>Se diseñó una brújula con las áreas de la vida de los padres para que escriban que valores dan dirección a esa brújula.</i></p>
--	--	--

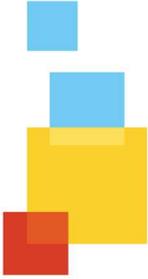
Tabla 2. Adaptación cultural a la aplicación, contenidos y objetivos terapéuticos.

Dimensión	Ejemplos (previo a la adaptación)	Problema para la población final	Decisión	Versión final
Métodos Variables culturales	La aplicación del programa original es grupal.	Aceptabilidad: Los padres pueden mostrarse inhibidos al compartir y preferir privacidad, porque a lo largo del tratamiento han estados expuestos. Relevancia: Las conexiones a internet en varias regiones del país son inestables.	Modificar	Será una aplicación en línea e individual.
	No existe una evaluación de proceso del miedo a la recurrencia.	Relevancia: Es uno de los principales malestares emocionales en los padres durante la supervivencia.	Agregar	Se agrego el termómetro del miedo a la recurrencia para padres de supervivientes mexicanos.

<p>Contextos: Considerar evaluación, variables socioeconómicas.</p>	<p>La aplicación es en línea.</p> <p>Relevancia: La pandemia por COVID-19, permitió que la mayoría de los padres se familiarizaran con el uso de tecnologías para videollamadas. La región geográfica Mexicana es extensa y los servicios de salud se encuentran centralizados. Al término del tratamiento los padres regresan a sus lugares de origen.</p>	<p>Dejar igual</p>	<p>Los padres ya saben hacer las video-llamadas y utilizar las plataformas para ello. Los padres pueden acceder desde su lugar de origen evitando gastos.</p>
<p>Números de contacto en caso de emergencia.</p>	<p>Relevancia: Se incluyen números de contacto de instituciones que ofrecen apoyo a familias de pacientes con cáncer como servicios de salud mental.</p>	<p>Agregar</p>	<p>Se agregaron teléfonos de instituciones mexicanas.</p>
<p>Contacto con los padres se incluye solamente el correo electrónico</p>	<p>Relevancia: En México la mayoría de las personas cuenta con un celular con acceso a WhatsApp, es el medio de contacto más común.</p>	<p>Cambiar</p>	<p>Se agrega el medio de contacto sea WhatsApp.</p>
<p>No se incluyen imágenes.</p>	<p>Relevancia: Los mexicanos prefieren textos que incluyan imágenes.</p>	<p>Agregar</p>	<p>A lo largo se agregaron imágenes, como: - Familia. - Cinco sentidos. - Brújula - Personas</p>
<p>Contiene un diseño sencillo en un solo color.</p>	<p>Relevancia: Los mexicanos se guían por referentes visuales.</p>	<p>Agregar</p>	<p>Para identificar cada módulo, se asigno un color particular. Los elementos importantes de cada sesión se rediseñaron los iconos de cada sección.</p>
<p>Objetivos: Trasmisión de valores positivos y adaptativos de la cultura.</p>	<p>Comprensión: La cultura Mexicana tiende a priorizar las emociones agradables y establecerlo como una regla, sobre las experiencias desagradables.</p>	<p>Agregar</p>	<p>Se agregó la metáfora “del cadáver,” es necesario sentir todas las emociones. Además de un apartado de normalizar estas.</p>

Figura 1. Ejemplo de cambios en el diseño del manual para padres en las secciones de actividades de acuerdo con el contexto cultural.

About this workbook



WHY HAVE A WORKBOOK?

Cascade is a skills-based program. This means that as well as talking about your experiences with other parents of cancer survivors, we hope to help you learn a few simple but effective skills for coping with some of the challenges that can come after your child finishes cancer treatment.

SO... WHAT'S IN THIS WORKBOOK?

This workbook contains some information about each week's topic, including a summary of the skills that we talk about each week. In addition, there are examples and suggested practice exercises for you to think about and do in your own time. Lastly, at the end there is a section on handy resources that you might find helpful.

The following are a number of icons to help you find your way around the different sections of this workbook:



Toolkit: skills learnt in each session, including the Skills Summary



When the ABC sign comes up, this means something that relates back to the "ABC" model that we talk about in Module 2



Tips to help you tackle this task or deal with these concerns



Real quotes from parents of cancer survivors

Acerca de este cuaderno de trabajo

¿Por qué tener un cuaderno de trabajo?

Cascade es un programa basado en habilidades. Esto significa que hablando de sus experiencias con otros padres de supervivientes de cáncer, esperamos ayudarle a aprender algunos simples pero efectivos habilidades para enfrentar algunos de los retos que pueden aparecer después de que su hijo terminó su tratamiento.

Así que... ¿Qué hay en este cuaderno de trabajo?

Este cuadernillo contiene información acerca del tema de cada sesión, incluyendo un resumen de las habilidades de las que hablaremos cada semana. Además hay ejemplos y sugerencias de ejercicios prácticos para que los analice y los lleve a cabo en su tiempo libre. Por último, al final hay una sección de sugerencias prácticas que puede encontrar útiles.

Los siguientes son algunos íconos para que pueda identificar en las diferentes secciones del cuaderno de trabajo:



Kit de herramientas:
Habilidades aprendidas en cada sesión, incluyendo el Resumen de Habilidades.



ABC:
Cuando el signo ABC aparece, señala que se refiere al modelo "ABC" del que hablamos en la sesión 2.

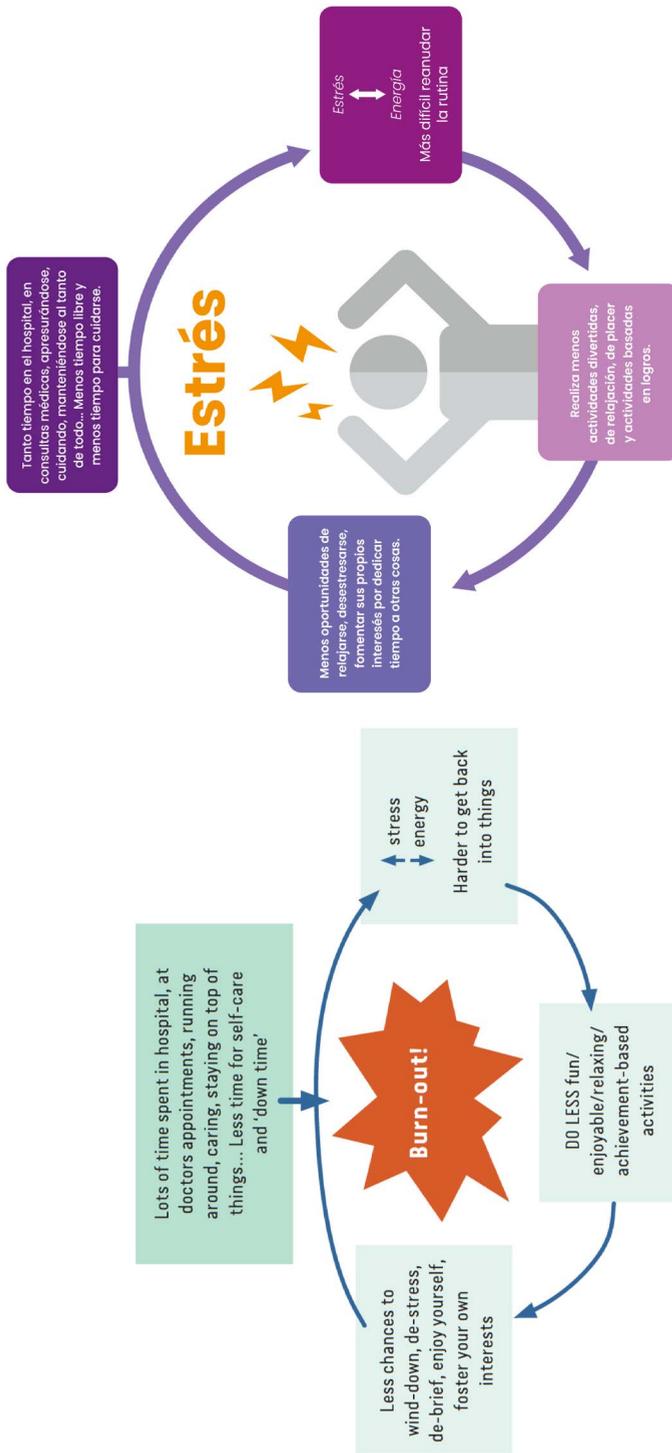


Sugerencias:
para ayudarle a resolver esta tarea o tratar con estas preocupaciones.



Relatos reales:
de padres de supervivientes de cáncer.

Figura 2. Ejemplo de cambios en el diseño del manual para padres en las imágenes psicoeducativas de acuerdo con el contexto cultural.



4. Discusión y conclusiones

La adaptación cultural es un proceso necesario para aplicar una intervención que tiene un origen cultural distinto al de la población donde se pretende aplicar, no sólo se trata de la traducción (en este caso del idioma original Inglés que no es tan ajeno a la cultura Mexicana debido a la cercanía geográfica con los Estados Unidos), sino de las modificaciones necesarias, incluso en el lenguaje, tanto para que las palabras y nombres propios tengan impacto o relevancia en la cultura Mexicana (por ejemplo, utilizando “*Apapachar*” en lugar de “*Abrazar*” traducción de “*Hug*”, “*María*”, en lugar de “*Elizabeth*” y “*Microbus*” en lugar de *camión* la traducción de “*Bus*”), para emplear la forma acostubrada de hablar (en este caso, utilizando la tercera persona del singular, que no existe en el idioma original).

El programa CASCAde proviene de una cultura similar a la mexicana, pues toma en cuenta por ejemplo a la familia, también muy importante para los mexicanos; sin embargo, en tanto que en México solo el 53.8% de hogares son biparentales⁽⁵³⁾, y tomando en cuenta las muy frecuentes crisis y rompimientos familiares que genera el cáncer de un hijo⁽⁵⁴⁾, fue necesaria la adaptación de la metáfora: “*Un barco en la tormenta*”, donde se hace la analogía que durante el proceso de enfermedad es como si la familia estuviera en un barco durante una tormenta; esta adaptación consistió en incluir previó una breve entrevista para evaluar que personas conforman cada familia, y utilizar ejemplos de la metáfora de distintos tipos de familia: nuclear (como el ejemplo original), familia nuclear que cohabita con abuelos, familia monoparental y familia monoparental que cohabita con abuelos.

Además, fue necesario tomar en cuenta las diferencias socioeconómicas entre ambos países para la adaptación de los materiales de la intervención. Así por ejemplo, en la sesión de activación conductual, fue necesario modificar los ejemplos de actividades agradables que se proponen a los padres, ya que las originalmente planteadas no están al alcance de la mayoría de la población mexicana.

En conclusión, las características clínicas del programa cognitivo-conductual en línea CASCAde (que han demostrado ya su utilidad para en el tratamiento de padres de supervivientes de cáncer infantil⁽⁵⁶⁾ y la eliminación de barreras geográficas para que las personas tengan acceso a tratamiento basados en evidencia científica⁽⁵⁶⁾) sumadas a la consideración de variables culturales para su adaptación a la población mexicana podrían redituarse en una intervención psicoterapéutica efectiva para padres de supervivientes mexicanos, que se sugiere someter a evaluación. Será importante considerar que sólo el 56.4% de los hogares mexicanos cuenta con una conexión a internet⁽⁵⁶⁾, ante lo cual se sugiere también evaluar otras formas de aplicación, como la telefónica. La adaptación cultural es el primer paso para la aplicación de una intervención, sin embargo se deben de considerar otros tipos de estudio (ensayos clínicos aleatorizados, diseño de caso único) para evaluar su efectividad y eficacia en estas poblaciones.

5. Agradecimientos

Este estudio es parte de la investigación doctoral de la primera autora, con el apoyo de beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) CVU 697167, y bajo la supervisión de la segunda autora. A la profesora Rosa Elena Mendiola Matús por su colaboración en la traducción de materiales. A la Lic. Andrea Béjar Erazo por su colaboración en el re-diseño de los materiales.

6. Referencias bibliográficas

1. DeVita V, Larenc T, Rosember S. *Cáncer: Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia: Wolters Luwer, 2015
2. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer* 2019;144:1941-53. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
3. Johnston WT, Erdmann F, Newton R, Steliarova-Foucher E, Schüz J, Roman E. Childhood cancer: Estimating regional and global incidence. *Cancer Epidemiol* 2021;71(Pt B):101662. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101662>
4. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol* 2017;18:719-731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9). 1. Erratum in: *Lancet Oncol* 2017;18(6):e301.
5. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014;64:83-103. doi: 10.3322/caac.21219.
6. Ward ZJ, Yeh JM, Bhakta N, Frazier AL, Girardi F, Atun R. Global childhood cancer survival estimates and priority-setting: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol* 2019;20: 972-83. [https://doi-org.pbid.unam.mx:2443/10.1016/S1470-2045\(19\)30273-6](https://doi-org.pbid.unam.mx:2443/10.1016/S1470-2045(19)30273-6)
7. Rivera-Luna R, Zapata-Tarres M, Shalkow-Klincovstein J, Velasco-Hidalgo L, Olaya-Vargas A, Finkelstein-Mizrahi N, et al. The burden of childhood cancer in Mexico: Implications for low- and middle-income countries. *Pediatr Blood Cancer* 2017;64 <https://doi.org/10.1002/pbc.26366>
8. Erdmann F, Frederiksen LE, Bonaventure A, Mader L, Hasle H, Robison LL, et al. Childhood cancer: Survival, treatment modalities, late effects and improvements over time. *Cancer Epidemiol* 2021;71(Pt B): 101733. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101733>
9. Shalkow J. *Cáncer infantil en México “Situación Actual y Retos.”* Pan Am Heal Organ [Internet] [Acceso el 20 de Noviembre del 2019]. disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/Cancer-infantil-en-MEXICO.pdf>.
10. Marzorati C, Riva S, Pravettoni G. Who Is a Cancer Survivor? A systematic review of published definitions. *J Cancer Educ* 2017;32:228-37. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-0997-2>
11. Bhatia S, Landier W, Casillas J, Zeltzer L. Medical and psychosocial issues in childhood cancer survivors. In: Chang AE, Hayes DF, Pass HI, Stone RM, Ganz PA, Kinsella TF et al., editors *Oncology*. New York: Springer, 2006. p. 1801-1813. https://doi.org/10.1007/0-387-31056-8_102
12. Kurt BA, Nolan VG, Ness KK, Negia JP, Tersak JM, Hudson MM, et al. Hospitalization rates among survivors of childhood cancer in the childhood cancer survivor study cohort. *Pediatr Blood Cancer* 2012; 126-32. <https://doi.org/10.1002/pbc.24017>.
13. Ellenberg L, Liu Q, Gioia G, Yasui Y, Packer RJ, Mertens A, et al. Neurocognitive status in long-term survivors of childhood CNS malignancies: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Neuropsychology* 2009;23:705-17. <https://doi.org/10.1037/a0016674>
14. Friend AJ, Feltbower RG, Hughes EJ, Dye KP, Glaser AW. Mental health of long-term survivors of childhood and young adult cancer: A systematic review. *Int J Cancer* 2018;143:1279-86. <https://doi.org/10.1002/ijc.31337>
15. Taïeb O, Moro MR, Baubet T, Revah-Lévy A, Flament MF. Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12:255-64. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0352-0>

16. Kelada L, Wakefield CE, Heathcote LC, Jaaniste T, Signorelli C, Fardell JE, et al. Perceived cancer-related pain and fatigue, information needs, and fear of cancer recurrence among adult survivors of childhood cancer. *Patient Educ Couns* 2019;102:2270-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.022>
17. National Cancer Institute NCI: Cancer Dictionary [internet] [consultado 3 Nov 2020] disponible: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/ampliar/S>
18. Wakefield CE, McLoone JK, Butow P, Lenthen K, Cohn RJ. Parental adjustment to the completion of their child's cancer treatment. *Pediatr Blood Cancer* 2011;56:524-31. <https://doi.org/10.1002/pbc.22725>
19. McKenzie SE, Curle C. 'The end of treatment is not the end': parents' experiences of their child's transition from treatment for childhood cancer. *Psychooncology* 2012;21:647-54. <https://doi.org/10.1002/pon.1953>
20. Holosbach G, Soares, T. Experiencias de caregiver of children and teenagers with cancer. *Séries: ciê Da saù* 2010; 11: 89-108.
21. Kazak AE, Alderfer M, Rourke MT, Simms S, Streisand R, Grossman JR. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol* 2004;29:211-9. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh022>
22. Wikman A, Mattsson E, von Essen L, Hovén E. Prevalence and predictors of symptoms of anxiety and depression, and comorbid symptoms of distress in parents of childhood cancer survivors and bereaved parents five years after end of treatment or a child's death. *Acta Oncol* 2018;57:950-7. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1445286>
23. Duran B. Developing a scale to measure parental worry and their attitudes toward childhood cancer after successful completion of treatment: a pilot study. *J Pediatr Oncol Nurs* 2011;28:154-68. <https://doi.org/10.1177/1043454210397755>
24. Iwai N, Shimada A, Iwai A, Yamaguchi S, Tsukahara H, Oda M. Childhood cancer survivors: Anxieties felt after treatment and the need for continued support. *Pediatr Int* 2017;59:1140-50. <https://doi.org/10.1111/ped.13390>
25. de Castro EK, Crespo C, Barros L, Armiliato MJ, Gregianin L. Assessing the Relationship between PTSS in Childhood Cancer Survivors and Their Caregivers and Their Quality of Life. *Pediatr Hematol Oncol* 2021;38:147-53. <https://doi.org/10.1080/08880018.2020.1825574>
26. Schepers SA, Long AM, Russell K, Phipps S. Youth and parent perceptions of parenting in childhood cancer survivors and healthy peers. *Support Care Cancer* 2018;26:4143-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4285-z>
27. Sharkey CM, Clawson AH, Mullins LL, Brinkman TM, Pui CH, Hudson MM, The relationship of child executive functions to parenting capacities in childhood acute lymphoblastic leukemia survivors. *Pediatr Blood Cancer* 2019;66:e27761. <https://doi.org/10.1002/pbc.27761>
28. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013;7:300-22. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
29. Huang IC, Brinkman TM, Mullins L, Pui CH, Robison LL, Hudson MM, et al. Child symptoms, parent behaviors, and family strain in long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Psychooncology* 2018;27:2031-8. <https://doi.org/10.1002/pon.4769>
30. Ernst M, Brähler E, Klein EM, Jünger C, Wild PS, Faber J, et al. Parenting in the face of serious illness: Childhood cancer survivors remember different rearing behavior than the general population. *Psychooncology* 2019;28:1663-70. <https://doi.org/10.1002/pon.5138>

31. Simonelli LE, Siegel SD, Duffy NM. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology* 2017;26:1444-54. <https://doi.org/10.1002/pon.4168>
32. Kazak AE, Simms S, Barakat L, Hobbie W, Foley B, Golomb V, Best M Surviving cancer competently intervention program (SCCIP): A cognitive-behavioral and family therapy intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Fam Process* 1999;38:175-91. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00176.x>
33. Salem H, Johansen C, Schmiegelow K, Winther JF, Wehner PS, Hasle H, et al. Family-Oriented Support (FAMOS): development and feasibility of a psychosocial intervention for families of childhood cancer survivors. *Acta Oncol* 2017;56:367-374. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1269194>
34. Woodford J, Wikman A, Cernvall M, Ljungman G, Romppala A, Grönqvist H, et al. Study protocol for a feasibility study of an internet-administered, guided, CBT-based, self-help intervention (ENGAGE) for parents of children previously treated for cancer. *BMJ Open* 2018;8:e023708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023708>
35. Wikman A, Kukkola L, Börjesson H, Cernvall M, Woodford J, Grönqvist H, et al. Development of an internet-administered cognitive behavior therapy program (ENGAGE) for parents of children previously treated for cancer: participatory action research approach. *J Med Internet Res* 2018;20:e133. <https://doi.org/10.2196/jmir.9457>
36. Wakefield CE, Sansom-Daly UM, McGill BC, Ellis SJ, Doolan EL, Robertson EG, et al. Acceptability and feasibility of an e-mental health intervention for parents of childhood cancer survivors: "Cascade". *Support Care Cancer* 2016;24:2685-2694. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3077-6>
37. Wakefield CE, Sansom-Daly UM, McGill BC, McCarthy M, Girgis A, Grootenhuys M, et al. Online parent-targeted cognitive-behavioural therapy intervention to improve quality of life in families of young cancer survivors: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2015;16:153. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0681-6>
38. Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the iapt program. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:159-83. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
39. Northouse LL. Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nurs* 1981; 4: 213-20.
40. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Thewes B, Prins J, Dinkel A, et al. Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2017;26:424-7. <https://doi.org/10.1002/pon.4103>
41. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, Hatcher MB. Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology* 1997;6:95-105. [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)
42. Meyler E, Guerin S, Kiernan G, Breatnach F. Review of family-based psychosocial interventions for childhood cancer. *J Pediatr Psychol* 2010;35:1116-32. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq032>
43. Muglia-Wechsler A, Bragado-Alvares C, Hernández-Lloreda, MJ. Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview. *Anal Psicol* 2014; 30: 93-103. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149161>.
44. Fardell JE, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith A, et al. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *J Cancer Surviv* 2016;10:663-73. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>

45. Mathew A, Doorenbos AZ, Jang MK, Hershberger PE. Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. *J Cancer Surviv* 2021;15:427-51. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00938-z>
46. Butow P, Sharpe L, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Beith J. Fear of cancer recurrence: a practical guide for clinicians. *Oncology (Williston Park)* 2018;32:32-8.
47. Bernal G, Jiménez-Chafey I, Domenech M. Cultural Adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof Psychol: Res Prac* 40: 361-8. <https://doi.org/10.1037/a0016401>.
48. Castro FG, Barrera M Jr, Holleran Steiker LK. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:213-39. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032>
49. Sit HF, Ling R, Lam AIF, Chen W, Latkin CA, Hall BJ. The cultural adaptation of step-by-step: An Intervention to address depression among chinese young adults. *Front Psychiatry* 2020;11:650. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00650>
50. Hernandez Hernandez ME, Waller G, Hardy G. Cultural adaptations of cognitive behavioural therapy for Latin American patients: unexpected findings from a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapist*. Cambridge University Press; 2020;13:e57.
51. Hall GC, Ibaraki AY, Huang ER, Marti CN, Stice E. A Meta-Analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behav Ther* 2016;47:993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
52. Hilton DE, Patel A. Cultural adaptations of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2017; 40: 701-14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.006>.
53. Características de los hogares [Internet]. INEGI. 2021 [Acceso el 10 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/hogares/>
54. Mader L, Hargreave M, Frederiksen LE, Bidstrup PE, Dalton SO, Kjaer SK, et al. The impact of childhood cancer on parental separation, divorce, and family planning in Denmark. *Cancer* 2020;126:3330-40. <https://doi.org/10.1002/cncr.32901>
55. Seitz DC, Knaevelsrud C, Duran G, Waadt S, Goldbeck L. Internet-based psychotherapy in young adult survivors of pediatric cancer: feasibility and participants' satisfaction. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17:624-9. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0066>
56. Estadísticas a propósito del día mundial del internet, datos nacionales [Internet]. INEGI. 2021 [Acceso el 24 julio 2021]. Disponible: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/eap_internet20.pdf.