

## Validación ecológica del programa FORT (Fear of Cancer Recurrence Therapy): una adaptación del español mexicano al español castellano: reporte preliminar

Tania Estapé<sup>1,\*</sup>, Nuria Gondón<sup>2</sup>, Carmen Lizette Gálvez-Hernandez<sup>3</sup>, Ivan Rivera-Olvera<sup>4</sup>, Sophie Lebel<sup>5</sup>, Jordi Estapé<sup>6</sup>, Christine Maheu<sup>7</sup>

Recibido: 31 de marzo de 2023 / Aceptado: 20 de julio de 2023

**Resumen.** Introducción: El miedo a la recaída es uno de los problemas psicológicos en los pacientes con cáncer, más específicos. El aumento en la esperanza de vida en el paciente oncológico, y la supervivencia, hace que cada vez más conozcamos las consecuencias emocionales, y vivir con el llamado Síndrome de la Espada de Damocles es sin duda una de las más importantes. Este miedo a la recaída puede llegar a ser invalidante y por ello cada vez más se elaboran programas terapéuticos para poderlo combatir. Uno de los más conocidos es el FORT (*Fear of Recurrence Therapy*) elaborado por Maheu y Lebel y que en este momento está siendo adaptado a otros lenguajes y culturas. Una de ellas es la adaptación de Gálvez en México. Objetivo: Nuestro objetivo en el presente trabajo preliminar es presentar los primeros datos de adaptación de esta terapia del español mexicano al europeo. Método: El procedimiento seguido es la validación ecológica propuesta por Bernal en base al consenso de dos psicooncólogas expertas. Resultados: Después de valorar el cambio de diferentes conceptos y terminologías, se han valorado de forma independiente por parte de ambas psicooncólogas, las 8 dimensiones de Bernal con un alto índice Kappa (de 0,8 a 1). Conclusiones: Este es un estudio preliminar al que le va a seguir los mismos pasos para el manual de la paciente por parte de profesionales y de pacientes con cáncer de mama.

**Palabras clave:** Miedo a la recaída, cáncer de mama, terapia FORT, validez ecológica

- 1 Tania Estapé. FEFOC Fundació, Barcelona. ORCID: 0000-0001-9792-2586  
E-mail: testape@fefoc.org
  - 2 Nuria Gondón. Fundació Hospital Espirit Sant, Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.  
E-mail: ngondon@fhes.cat
  - 3 Carmen Lizette Gálvez-Hernandez. Instituto Nacional de Cancerología, México.  
Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. ORCID: 0000-0001-9508-729X  
E-mail: lizettegalvezh@gmail.com.
  - 4 Ivan Rivera-Olvera. Instituto Nacional de Cancerología, México  
E-mail: ivan\_rol22@live.com
  - 5 Sophie Lebel. Clinical Program, School of Psychology, University of Ottawa, Canadá. ORCID: 0000-0003-0019-8849  
E-mail: Sophie.Lebel@uOttawa.ca
  - 6 Jordi Estapé FEFOC Fundació, Barcelona. ORCID: 0000-0002-7240-7921  
E-mail: jestape@fefoc.org
  - 7 Christine Maheu. Ingram School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University Canadá. ORCID: 0000-0001-8704-8207  
E-mail: christine.maheu@mcgill.ca
- \* Autor de correspondencia: Tania Estapé. FEFOC Fundació, c/Marc Aureli, 14, 08006, Barcelona  
E-mail testape@fefoc.org

## [en] Ecological validation of Fear of Cancer Recurrence Therapy from Mexican to European Spanish for breast cancer patients: Preliminary report

**Abstract.** Introduction: Fear of recurrence is one of the most specific psychological problems faced by cancer patients. Their increase in life expectancy, and survival, makes them increasingly aware of the emotional consequences, and living with the so-called Sword of Damocles Syndrome is undoubtedly one of the most important. Fear of recurrence can become disabling and affect their emotional well-being, leading to the development of therapeutic programs like FORT (Fear of Recurrence Therapy) developed by Maheu and Lebel. This therapy is being adapted to different languages and cultures, including Mexican Spanish by Gálvez. Objective: In this preliminary work, we aim to present the first data on adapting FORT from Mexican Spanish to European Spanish. Methods: The procedure used was to follow the ecological validation method proposed by Bernal, by two skilled psychooncologists. Results: The assessment of different concepts and terminologies by the two psychooncologists in an independent way, the analysis yielded a high Kappa index (from 0.8 to 1) for the 8 dimensions of Bernal. Conclusions: This preliminary study will be followed by a similar process for the patient manual by professionals and breast cancer patients.

**Keywords:** Fear of recurrence, breast cancer, FORT therapy, ecological validation

**Sumario:** 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Conclusiones 5. Agradecimientos 6. Referencias bibliográficas

**Cómo citar:** Estapé T, Gondón N, Lizette Gálvez-Hernandez C, Rivera-Olvera, I, Lebel S, Estapé J, Maheu C. Validación ecológica del programa FORT (Fear of Cancer Recurrence Therapy): una adaptación del español mexicano al español castellano: reporte preliminar. *Psicooncología* 2023; 20: 255-265. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.91525>

### 1. Introducción

En España, la supervivencia a 5 años en las mujeres con cáncer de mama es del 86%, cifra similar a la de otros países<sup>(1,2)</sup>. La tasa relativa de supervivencia en cáncer de mama depende de si éste está localizado; por lo tanto, no se ha extendido fuera de la mama; si es regional, que significa que el cáncer se ha dispersado fuera del seno a estructuras linfáticas, o si también aparece a distancia, cuando el cáncer se ha irradiado a diferentes partes del cuerpo. En función de esta ubicación, la SEER (Programa de Vigilancia Epidemiológica y Resultados Finales) del NCI (Instituto Nacional de Cáncer) que informa a la Sociedad Americana Contra el Cáncer, explica que la tasa relativa de supervivencia a 5 años en el cáncer localizado es del 99%, del regional es del 86% y del distante, del 28%<sup>(1)</sup>.

Aunque es evidente el incremento de la supervivencia en el cáncer de mama, el miedo a la recaída del cáncer (MRC) en las mujeres que lo han padecido, se identifica como una constante después del tratamiento oncológico<sup>(3)</sup> y la literatura nos muestra que afecta al 49% de las supervivientes oncológicas<sup>(4)</sup>, llegando al 80% en algunos estudios de nuestro entorno.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, el miedo es “una perturbación angustiada del ánimo, por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprehensión que uno tiene de que suceda una cosa contraria a lo que desea”. El miedo en oncología se refiere al temor de que la enfermedad aparezca de nuevo y dicho temor en Psicooncología se nombra como el “Síndrome de Espada de Damocles”, alegría

a una leyenda de la cultura griega clásica donde el joven Damocles, cuyo amo es Dionisio II, gobernante de Siracusa en el s. IV A.C., se percata en un banquete de que sobre su cabeza hay una espada muy afilada, sujeta al techo por un hilo de pelo de caballo, y a partir de aquí ya no quiere recibir los privilegios de sentarse en la misma mesa que su amo Dionisio. La leyenda hace referencia a que los peligros pueden aparecer cuando menos nos los esperamos y también, cuando todo parece ir bien. La Psicooncología adopta este símbolo para referirse al estado de ansiedad, en general, que presentan las pacientes con cáncer de mama, en la etapa de supervivencia<sup>(4,5)</sup>.

Según fuentes bibliográficas, a nivel mundial, existe entre un 40-70% de las supervivientes de cáncer, que en algún momento, han presentado MRC<sup>(6)</sup>. Estas mujeres tienen la percepción constante de amenaza del cáncer sobre ellas; siempre lo tienen presente y esto se traduce en sentimientos de temor, incertidumbre, indefensión y sobre todo, vulnerabilidad. Cualquier situación de la vida diaria puede desencadenar ese temor, pues ellas siempre están en alerta. Las revisiones médicas periódicas, fechas importantes del proceso oncológico, la muerte de un ser querido o simplemente, conocido, cualquier sintomatología física son ejemplos de situaciones que disparan el MRC y pueden presentar diferentes manifestaciones emocionales tanto a nivel cognitivo como conductual y emocional. En el primer caso, las expresiones suelen ser de: preocupación, rumiación negativa, pensamiento disruptivo, situaciones desadaptativas, interferencia funcional, malestar y dificultad para planear el futuro inmediato o a largo plazo. A nivel cognitivo y fisiológico pueden manifestar: palpitaciones, taquicardia, alteraciones del sueño y/o de la alimentación, sudoración, alteraciones del sistema cognitivo a nivel de atención, concentración y memoria; tendencia a revivir recuerdos negativos en relación con la enfermedad y/o al tratamiento y evitación de situaciones relacionadas con la enfermedad o sociales donde pueda aparecer el tema<sup>(7)</sup>.

Existen predictores que sugieren que la persona puede desarrollar un miedo incontrolado a la recaída. Son personas que se perciben muy vulnerables debido a los efectos secundarios de la enfermedad y/o del tratamiento. Parece ser que cuanto más joven es la afectada, el miedo es más intenso; el diagnóstico de cáncer, debido a la pronta edad, parece algo “antinatural” y cuestiona la idea de que los jóvenes son fuertes y casi invencibles<sup>4</sup>. Si las supervivientes tienen hijos en edades tempranas, su preocupación es máxima debido al nivel de responsabilidad que experimentan hacia ellos. Si se ha producido un retraso en el diagnóstico del cáncer debido a que la afectada no les daba importancia a los síntomas y ha tardado en acudir al médico, después del tratamiento puede experimentar un sentimiento de culpa que en la etapa de supervivencia continuará sumando rabia y sentimientos de indefensión que se traducen en MRC.

## 2. Método

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 Cáncer de mama y cáncer ginecológico que reportan niveles clínicos de MRC<sup>(4)</sup>. 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:

lidar con la ansiedad asociada a la muerte, aprender a vivir con incertidumbre y establecer metas futuras<sup>(8)</sup>. El manual del terapeuta ha sido adaptado al español por el grupo de Gálvez-Hernández y Rivera-Olvera<sup>(9)</sup> del Instituto Nacional de Cancerología en México. Aunque está traducido al español, en contacto con los autores, decidimos proceder a la validación ecológica para obtener una herramienta válida y cómoda para psicólogos y pacientes de nuestro país en castellano. La terapia se basa en dos manuales: Libro de Trabajo para el Terapeuta y el Libro de Trabajo para las Participantes. Aunque estamos trabajando en validar la traducción del manual del paciente, presentamos aquí lo concerniente a la primera valoración del manual del terapeuta, ya finalizada:

*Manual del terapeuta de FORT.* La investigación de Lebel y Maheu<sup>(4,10,11)</sup> se centra en la atención de la supervivencia al cáncer con interés en el miedo a la recaída del cáncer. Para elaborar el manual se han basado en documentos anteriores sobre los efectos de la terapia psicológica y de grupo en pacientes de cáncer<sup>8</sup>, terapia grupal breve de apoyo-expresión para mujeres con cáncer de mama primario<sup>(12)</sup>, y terapia grupal de apoyo-expresión para mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama<sup>(13)</sup>. Con ello han creado el programa FORT ampliamente conocido en Psico-oncología y que ha demostrado gran eficacia, con una publicación muy reciente, consistente en un ensayo clínico randomizado comparando esta terapia con un grupo control placebo<sup>(15)</sup>

### **1. Libro de Trabajo para el terapeuta** está compuesto por<sup>(9,14)</sup>:

- 1.1. Indicación de pautas generales para dirigir la intervención
  - 1.1.1 Foco de atención en el cáncer de mama y en el MRC
  - 1.1.2 Uso de estrategias activas, desarrollo de competencias, disminución de estrategias de afrontamiento desadaptativo
  - 1.1.3 Responsabilidad terapéutica
  - 1.1.4 Fomentar la cohesión del grupo, modelo empático, escucha activa
  - 1.1.5 Actuación adecuada con las propias experiencias internas del terapeuta
  - 1.1.6 Al final de cada sesión el terapeuta debe resumir los temas tratados y disipar dudas.
- 1.2. Presentación de seis factores terapéuticos
  - 1.2.1. Inspirar esperanza y dominio en la vida
  - 1.2.2. Validar las experiencias
  - 1.2.3. Adquirir información necesaria
  - 1.2.4. Experiencia de ayuda a los demás
  - 1.2.5. Desarrollar cohesión de grupo
  - 1.2.6. Fomentar expresión de emociones
- 1.3. Enfoque cognitivo: Ayudar a las participantes a reconocer y desafiar pensamientos negativos automáticos y sustituirlos por pensamientos realistas. Se basa en el ABC de la terapia cognitiva
  - A es el hecho que activa
  - B es la creencia
  - C es la consecuencia o comportamiento emocional

- 1.4. Preparar a las participantes durante la reunión individual y establecer el grupo
  - 1.4.1. Entrevista inicial con el objetivo de preparar a las participantes para la intervención terapéutica
    - 1.4.1.1. Anamnesis personal: datos personales, preguntas en relación con el cáncer, estado de salud
    - 1.4.1.2. Experiencia de la participante con el MRC
    - 1.4.1.3. Fomentar la idea de que el grupo es una red de apoyo para cada participante
- 1.5. Lista de verificación previa a la intervención grupal
  - 1.5.1. El terapeuta conoce a las participantes, explica la terapia en general, comenta sobre el hecho de ser positivo y se habla sobre el miedo a la angustia
  - 1.5.2. El terapeuta comenta sobre las similitudes y diferencias del grupo así como destaca sobre “Ayudarse mutuamente”
  - 1.5.3. El terapeuta concreta tiempo y lugar de las sesiones
  - 1.5.4. El terapeuta constata que es necesaria la asistencia de las participantes a las 6 sesiones de que consta la intervención terapéutica; destaca la confidencialidad de grupo
  - 1.5.5. El terapeuta termina con un comentario sobre su experiencia con el grupo
- 1.6. Informe de los terapeutas y supervisión. Deben haber dos terapeutas como mínimo para poder comentar, posteriormente, la sesión y retroalimentarse con los puntos fuertes y débiles de la misma.
- 1.7. Objetivos principales de la terapia al MRC
  - 1.7.1. Informar a las participantes para que puedan distinguir los síntomas preocupantes de los benignos
  - 1.7.2. Ayudar a las participantes a identificar los desencadenantes del MRC y las conductas de afrontamiento desadaptativas
  - 1.7.3. Facilitar el aprendizaje y uso de nuevas estrategias de afrontamiento
  - 1.7.4. Aumentar al tolerancia a la incertidumbre
  - 1.7.5. Promover la expresión emocional de los miedos más profundos que acompañan al MRC
  - 1.7.6. Volver a examinar las prioridades de la vida y establece objetivos realistas para el futuro
- 1.8. Principios generales de la terapia cognitivo-existencial grupal. Se centra en 4 temas principales:
  - 1.8.1. Responsabilidad-libertad
  - 1.8.2. Muerte
  - 1.8.3. Aislamiento
  - 1.8.4. Falta de sentido

La terapia existencial se centra en el presente; es menos estructurada que otros enfoques de la Terapia cognitivo-conductual y destaca la importancia de modificar las estructuras cognitivas profundas y las reglas sobre el funcionamiento del mundo.

**Libro de trabajo para la paciente**<sup>(14)</sup>. 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. Ver tabla 1.

Tabla 1. Estructura de las sesiones

| SESIÓN | TEMA   | OBJETIVOS   |
|--------|--|---|
| 1      | ¿Qué es el MRC?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Crear cohesión de grupo</li> <li>b. Facilitar la auto observación y la validación de las experiencias</li> <li>c. Explicar el modelo de MRC de cada participante e identificar los factores detonantes y pensamientos relacionados con el miedo</li> <li>d. Reestructurar a nivel cognitivo y realizar relajación muscular progresiva</li> </ul>  |
| 2      | Información necesaria para sobrellevar la incertidumbre        | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Brindar información para disminuir la incertidumbre</li> <li>b. Hacer que las participantes acepten y afronten el hecho de que la incertidumbre no se puede eliminar por completo</li> <li>c. Facilitar auto instrucciones tranquilizadoras</li> </ul>  |
| 3      | Aprender habilidades para afrontar el miedo y la incertidumbre | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ayudar a las participantes a distinguir los síntomas benignos de los malignos</li> <li>b. Disminuir la necesidad percibida por las participantes del control y preocupación sobre su enfermedad, durante la etapa de supervivencia</li> <li>c. Discutir y asumir un nivel aceptable de preocupación que permita sentirse vigilante ante una posible recidiva pero comprometidas con una vida significativa para ellas.</li> </ul>   |
| 4      | Reconocer los miedos más profundos                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ayudar a las participantes a afrontar sus miedos y a que se den cuenta de que los resultados no son tan malos como imaginan</li> <li>b. Enseñar que pueden afrontar la situación mejor de lo que creían posible</li> </ul>  |
| 5      | ¿Cómo superar los miedos más profundos?                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Exponer a las participantes los miedos más profundos al hablar de su experiencia y aumentar su sensación de dominio al discutir cómo podría hacer frente a sus temores.</li> <li>b. Enfatizar los sentimientos de desesperanza y miedo al futuro</li> <li>c. Discutir cómo la mujer superviviente de cáncer puede seguir comprometida con objetivos importantes a pesar de que su definición de futuro sea diferente</li> <li>d. Realizar un ejercicio de atención plena</li> </ul> |

| SESIÓN | TEMA                    | OBJETIVOS   |
|--------|-------------------------|---|
| 6      | Revisión y conclusiones | a. Realizar el ejercicio “Recuperar el control de nuestras vidas” y compararlo con el que se hizo en una sesión anterior<br>b. Repasar todos los contenidos trabajados<br>c. Preguntar a las participantes ¿qué se llevan del grupo?<br>d. Discutir objetivos y prioridades futuras |

### *Procedimiento*

Se siguió un proceso de cuatro fases generales de adaptación cultural utilizado en una amplia gama de estudios de salud pública desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. Durante la primera fase, se realizó una revisión bibliográfica para recopilar información sobre estudios de la supervivencia del cáncer de mama, programas de salud mental para este tipo de pacientes su MRC. La segunda fase consistió en reuniones online con los autores de la traducción mexicana, para consensuar el proceso y obtener permiso. Posteriormente se procedió a la lectura profunda por parte de dos psicólogas expertas en psicooncología, de forma individual. En la cuarta fase se efectuaron diversas reuniones de consenso para aquellos aspectos en los que no coincidieron para decidir la mejor forma según el español de España. Se valoraron de forma independiente también, los conceptos propuestos por Bernal<sup>(16)</sup> como puede verse en la Tabla 2.

A partir de este manual se ha realizado un trabajo de “Adaptación cultural de la terapia para MRC de supervivientes de cáncer de mama”, donde se utilizan elementos de comprensión, aceptabilidad y relevancia en la revisión de los manuales expuestos. Se sigue el modelo de validez ecológica del Dr. Guillermo Bernal<sup>(16)</sup> para adaptar culturalmente intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en diversas poblaciones. Este modelo incluye 8 dimensiones:

1. Lenguaje: Grado de acuerdo de los expertos sobre si las palabras y expresiones utilizadas en la intervención FORT son comprensibles y cotidianas
2. Persona: Grado de acuerdo de los expertos sobre si las palabras y expresiones utilizadas en la intervención FORT son comprensibles y cotidianas
3. Metáforas: Grado de acuerdo de los expertos sobre si la intervención FORT implementa símbolos, imágenes y conceptos culturalmente aceptables
4. Contenido: Grado de acuerdo de los expertos sobre si la intervención FORT utiliza información cultural (por ejemplo: costumbres, tradiciones y valores) que sea relevante.
5. Conceptos: Grado de acuerdo de los expertos sobre si la intervención FORT utiliza elementos fáciles de entender y/o relacionados con la cultura
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
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
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.

Las mismas se deben evaluar con la baremación siguiente: a. Cumple con la dimensión; b. No cumple con la dimensión; c. No aplica; d. Comentarios

La valoración de la adaptación del español mexicano al español de España se puede ver en la Tabla 2. En la tabla 3 citamos algunos ejemplos de términos del original en inglés, con su traducción al español mexicano, y la palabra que las dos psicólogas consensuaron como más adaptadas al español europeo.

### 3. Resultados

En la Tabla 2 pueden verse las valoraciones del método propuesto por Bernal para adaptar una herramienta terapéutica de una cultura a otra. En general la valoración media del índice Kappa valorado por ambas psicólogas es alta en cada dimensión. En la tabla 1 se pueden ver los índices que van de 0,8 a 1. Hemos añadido algunos comentarios, por ejemplo temas contextuales como las dificultades que prevemos en la aplicación del ejercicio denominado el peor escenario en el que la paciente con miedo a la recaída es invitada a imaginar lo peor que podría suceder si su cáncer volviera. En próximas publicaciones cuando podamos plasmar la segunda parte, con el análisis del manual del paciente podremos desarrollar más las dificultades que encontramos con este ejercicio. También vemos algunos temas como el uso de la expresión etnia, poco usado en nuestro país. Finalmente hemos señalado que el manual adolece de adaptación a determinados grupos de mujeres, como pueden ser las de determinada edad (se nombran problemas laborales que éstas son tienen) o de diferentes procedencias socioeconómicas.

Tabla 2. Dimensiones de Bernal para adaptar una herramienta de Intervención Psicológica a otra cultura/lenguaje

| Dimensión   | Cumple la dimensión (profesional1 / profesional2) | No cumple la dimensión | No aplicable | Comentarios acordados por ambas profesionales después de la revisión independiente   | Índice Kappa |
|-------------|---|------------------------|--------------|--|--------------|
| 1. Lenguaje | X / X   |                        |              | Bien después de la revisión y adaptación de términos concretos no utilizados en nuestro país   | 0,8          |
| 2. Personas | X / X   |                        |              | Observamos que en el contexto del español europeo, sería más apropiado usar la terminología “diferencias sociales” en lugar de diferencias étnicas | 0,8          |



| Dimensión                | Cumple la dimensión (profesional1 / profesional2) | No cumple la dimensión | No aplicable | Comentarios acordados por ambas profesionales después de la revisión independiente                   | Indice Kappa |
|--------------------------|---|------------------------|--------------|--|--------------|
| 3. Metáforas             | X / X   |                        |              | Bien   | 1            |
| 4. Contenido             | X / X   |                        |              | Dudas sobre la aplicación del ejercicio sobre “el peor escenario” debido a aspectos culturales       | 0,8          |
| 5. Conceptos             | X / X   |                        |              | Algunos conceptos deberían estar más adaptados a diferencias sociales/culturales                     | 0,8          |
| 6. Metas del tratamiento | X / X   |                        |              | Bien   | 1            |
| 7. Métodos               | X / X   |                        |              | Bien   | 0,8          |
| 8. Contexto              |   | X                      | X            | No demasiado aplicable, por ejemplo, a mujeres de edad avanzada ni a determinados contextos sociales | 0,8          |

Tabla 3. Ejemplos de cambios propuestos en algunos conceptos

| INGLÉS                            | ESPAÑOL MEXICANO | ESPAÑOL EUROPEO    |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| Self-disclosure                   | Auto-revelación  | Hablar de sí misma |
| Recurrence                        | Recurrencia      | Recaída            |
| To come back (cancer, anxiety...) | Regresar         | Volver             |
| To cope                           | Enfrentar        | Afrontar           |
| Mammogram                         | Mastografía      | Mamografía         |

#### 4. Conclusiones

Nuestro trabajo tiene que ver con el campo de la adaptación cultural de las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia que se aplican en poblaciones diferentes a la población original. En este caso, los idiomas de ambas poblaciones son el mismo, pero los giros y expresiones tanto técnicas como más populares son distintas lo que hace sentir poco implicados a terapeutas y pacientes. 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 psicólogos para que aporten sus

opiniones y experiencias; y 3) (fase en la que nos encontramos en este momento) poder hacer participar a pacientes que nos aporten su valiosa opinión a partir de su experiencia.

En este momento nos encontramos en la fase de valoración del Manual del paciente, ya concluida por parte de las terapeutas e iniciada por parte de las mujeres con cáncer de mama. Esperamos poder compartir resultados en breve. ES fundamental poder obtener tratamientos basados en la evidencia, pero con su connotación sociocultural, pues la enfermedad en general, y el cáncer en particular, son aspectos que conllevan actitudes muy relacionadas con el contexto de cada grupo cultural, Aún en idiomas similares, como es el español mexicano o el europeo, hay expresiones, contenidos de la terapia y del lenguaje popular y el técnico que no son iguales y es importante poderlo cambiar en base a un proceso metodológico establecido.

## 5. Agradecimientos

Este estudio se ha realizado con el soporte de la Diputación de Barcelona y de la Fundación FEFOC.

## 6. Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2021. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2021. [Acceso 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>
2. Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. Las cifras del cáncer en España. [Acceso 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
3. Ardanaz Echevarria N, Ibáñez Munárruz M, Soto Simbaña B, García Vivar C. Miedo a la recidiva del cáncer en la etapa de supervivencia: una revisión narrativa. *Enferm Oncol* 2022; 24 (1). <http://doi.org/10.37395>. SEEO.2022.16
4. Maheu C, Lebel S, Courbasson C, Lefebvre M, Singh M, Bernstein LJ, Muraca L, et al. Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer. *BMC Cancer* 2016;16:291. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2326X>
5. Grimal, P (2010). *Diccionario de Mitología Griega y Romana*. Ed. Paidós. Barcelona
6. Anderson K, Smith AB, Diaz A, Shaw J, Butow P, Sharpe L, et al. A systematic review of fear of cancer recurrence among indigenous and minority peoples. *Front Psychol* 2021;12:621850. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621850>
7. Ochoa C, Maté J, Gil F, Sumalla EC, Castejón V, Rodríguez A, Blanco I. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología* 2010; 7:7-34. [Acceso 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120007A>
8. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003;12: 532-46. <https://doi.org/10.1002/pon.683>

9. Rivera-Olvera I, Mahue C, Lebel S, Gálvez-Hernández L. Manejando el miedo a la recurrencia: terapia grupal para supervivientes de cáncer de mama. Adaptación cultural al español mexicano. Libro de trabajo para el terapeuta y sobreviviente. 2002 (En prensa).
10. Maheu C, Hébert M, Louli J, Yao TR, Lambert S, Cooke A, et al. Revision of the fear of cancer recurrence cognitive and emotional model by Lee-Jones et al. with women with breast cancer. *Cancer Rep (Hoboken)* 2019;2(4):e1172. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1172>.
11. Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, Secord S, Courbasson C, Singh M, et al. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *J Cancer Surviv* 2014;8:485-96. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3>.
12. Classen C, Spiegel D. Group therapy for cancer patients. Ed. Basic Behavioral Sciences, 2000
13. Esplen MJ, Hunter J. Loss and grief in women with a family history of breast cancer. *Primary Psychiatry. Cancer Care Therapy. Psychosocial Issues in Cancer Genetics*, 2002:5
14. Lebel S, Maheub C, Tomeic C, Mutsaers b, Bernsteind IJ, Courbasson C, et al. Mechanisms of change of a cognitive-existential group intervention for fear of cancer recurrence: Mediation analyses of the FORT trial. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2022; 4(3). <https://doi.org/10.1097/OR9.0000000000000077>
15. Maheu C, Lebel S, Bernstein LJ, Courbasson C, Singh M, Ferguson SE, et al. Fear of cancer recurrence therapy (FORT): A randomized controlled trial. *Health Psychol* 2023; 42(3), 182. <https://doi.org/10.1037/hea0001253>
16. Bernal G, Jiménez-Chafey MI, Domenech Rodríguez MM. Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof Psychol Res Pract* 2009; 40: 361–8. <https://doi.org/10.1037/a0016401>