

# Resultados preliminares de la Terapia dirigida al miedo a la recurrencia adaptada culturalmente para sobrevivientes mexicanas (FORT-Mx) con cáncer de mama

Mariana Sierra-Murguía<sup>1\*</sup> , Jorge Bazan-Muñoz<sup>2</sup> , Shoshana Crisóstomo-Rosas<sup>3</sup> , Sophie Lebel<sup>4</sup> , Christine Maheu<sup>5</sup> , Ivan Rivera-Olvera<sup>6</sup> , Lizette Gálvez Hernández<sup>7</sup> 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.101690>

Recibido: 20 de febrero de 2025 / Aceptado: 10 de marzo de 2025

**Resumen:** Introducción: FORT es una intervención grupal manualizada y estandarizada, que utiliza componentes cognitivos, así como elementos de las terapias existenciales. En México, se implementó un proceso interactivo y exhaustivo de adaptación cultural al español; sin embargo, falta explorar sus efectos directamente en las supervivientes con cáncer de mama (FORT-Mx) para comenzar a generar evidencia hacia su implementación. Objetivo: evaluar los resultados preliminares de la terapia FORT-Mx en formato en híbrido sobre ansiedad, depresión, miedo la recurrencia del cáncer (MRC) y calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama mexicanas. Método: se invitó a las mujeres con cáncer de mama, mayores de 18 años, que hubieran terminado su primera línea de tratamiento. Se realizaron 3 grupos de intervención FORT- MX (de 5-8 pacientes). Incluyéndose un total de 14 participantes. La modalidad del grupo fue híbrida: 5 sesiones de manera remota, y 1 sesión presencial. El procedimiento de la terapia siguió la estructura proporcionada por los manuales culturalmente adaptados del terapeuta y paciente. Resultados: el MRC, ansiedad y depresión disminuyeron significativamente después de la intervención. En ansiedad se notó mayor efecto: más sobrevivientes lograron un cambio clínico significativo. No se encontraron diferencias

<sup>1</sup> Mariana Sierra-Murguía. Cancer Center Tec100. Querétaro. México. ORCID: 0000-0001-5806-0688  
E-mail: msierra@cancercentertec100.com

<sup>2</sup> Jorge Bazan-Muñoz. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México. México. ORCID: 0009-0005-8623-9948  
E-mail: psic.jorgebazan@icloud.com

<sup>3</sup> Shoshana Crisóstomo-Rosas. Cancer Center Tec100. Querétaro. México. ORCID: 0009-0008-6426-8539  
E-mail: scrisostomo@cancercentertec100.com

<sup>4</sup> Sophie Lebel. School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa. Canada. ORCID: 0000-0003-0019-8849  
E-mail: sophie.Lebel@uottawa.ca

<sup>5</sup> Christine Mahue. McGill University, Montreal. Canada. ORCID: 0000-0001-8704-8207  
E-mail: christine.maheu@mcgill.ca

<sup>6</sup> Ivan Rivera Olvera. Faculty of Psychology, National Autonomous University of Mexico, UNAM (Mexico)  
ORCID: 0009-0008-6196-3501  
E-mail: ivanriveraolvera@gmail.com

<sup>7</sup> Lizette Gálvez Hernández. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México. México. Instituto Nacional de Cancerología. México. ORCID: 0000-0001-9508-729X  
E-mail: lizettegalvezh@gmail.com

\* Dirección de correspondencia: Mariana Sierra-Murguía. Cancer Center Tec100. Querétaro. México. Av. Zaragoza Pte 263 H16 Torre 2 primer piso C.p 76000 Col. centro Querétaro, Qro.  
E-mail: msierra@cancercentertec100.com

significativas en calidad de vida. Conclusiones: este estudio piloto muestra resultados positivos del efecto de FORT-Mx en español, después de un proceso exhaustivo para adaptarla culturalmente a sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas.

**Palabras clave:** Miedo a la recurrencia al cáncer, FORT, supervivencia al cáncer, intervención, ansiedad, depresión.

## **ENG The preliminary results of the culturally adapted Fear of Recurrence Therapy for Mexican breast cancer survivors (FORT-Mx)**

**ENG Abstract:** Introduction: FORT is a standardized and manualized group intervention using cognitive components and existential therapy elements. In Mexico, an interactive and thorough process was carried out to adapt it culturally to Spanish; however, its effects on breast cancer survivors (FORT-Mx) have not been explored directly to generate evidence for its implementation. Objective: To evaluate the preliminary results of the FORT-Mx therapy in a hybrid format on anxiety, depression, fear of recurrence, and quality of life in Mexican breast cancer survivors. Method: Women with breast cancer over 18 years old who had completed their first line of treatment were invited to participate. Three intervention groups of FORT-Mx (5-8 patients per group) were conducted, with 14 participants. The group format consisted of 5 remote sessions and one in-person session. The culturally adapted therapist and patient manuals were used. Results: FCR (fear of cancer recurrence), anxiety, and depression significantly decreased after the intervention. The effect on anxiety was more pronounced: More survivors showed clinical change compared to depression. No significant differences were found regarding quality of life. Conclusions: This pilot study shows positive results regarding the effects of FORT-Mx in Spanish after an exhaustive process of culturally adaptation to the Mexican survivors of breast cancer.

**Keywords:** Fear of cancer recurrence (FCR), FORT, cancer survivorship, intervention, anxiety, depression.

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

**Cómo citar:** Sierra-Murguía M, Bazan-Muñoz J, Crisóstomo-Rosas S, Lebel S, Mahue C, Rivera-Olvera I, Gálvez Hernández L. Resultados preliminares de la Terapia dirigida al miedo a la recurrencia adaptada culturalmente para sobrevivientes mexicanas (FORT-Mx) con cáncer de mama. *Psicooncología* 2025; 22: 97-107. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.101690>

### **1. Introducción**

Después de ser diagnosticada por cáncer de mama (CM), la tumoración oncológica más común en población femenina a nivel mundial<sup>(1)</sup>, transitar a la supervivencia<sup>(2,3)</sup> presenta nuevos retos y desafíos físicos y psicológicos<sup>(4,5)</sup>. En México, de un corte de 56.000 pacientes sin seguridad social se registró que el 72% tuvo una supervivencia global a 5 años; de estas, el 90% diagnosticadas en etapas tempranas, sobrevivieron<sup>(6)</sup>.

Entre los desafíos psicológicos más reportados en los sobrevivientes de cáncer, se encuentra el miedo a la recurrencia (MRC)<sup>(7)</sup>. Definido como “el miedo o preocupación sobre el regreso o progreso del cáncer”<sup>(8)</sup>, tiene una prevalencia en niveles de moderados a altos de 59%, y un 19% en niveles clínicos<sup>(9)</sup>. En un estudio en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México, se identificó que después de las necesidades de información, la necesidad psicológica más apremiante para las supervivientes de CM es el MRC<sup>(10)</sup>.

El MRC es esperado y normal. En niveles bajos puede promover mayor adherencia terapéutica y la adopción de estilos de vida saludables<sup>(11,12)</sup>. Sin embargo, los niveles clínicos pueden causar *distress* (en español: malestar emocional) significativo, caracterizado por la rumiación frecuente sobre la posibilidad de recurrencia del cáncer<sup>(13)</sup>, deterioro de la calidad de vida y de la salud mental<sup>(7,8)</sup>.

Los niveles clínicos de MRC pueden persistir a lo largo de los años y tener implicaciones debilitantes; por ejemplo, existe asociación significativa entre niveles elevados de MRC y niveles altos de ansiedad, depresión, estrés, síntomas de respuesta al estrés, dificultades de planeación futura y menor calidad de vida<sup>(7,8,14)</sup>. Igualmente se ha descrito que niveles clínicos de MRC predicen visitas no programadas al médico u otros profesionales de la salud, a servicios de emergencia, mayor ingesta de medicamentos, auto-monitoreo corporal excesivo, entre otros<sup>(7,14,15)</sup>.

Existen intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a este problema que han mostrado efectividad en países desarrollados<sup>(16,17)</sup>. Una de las que cuenta con amplia evidencia es la terapia canadiense para disminuir el MRC (Fear of Cancer Recurrence Therapy, FORT)<sup>(11,18)</sup>. FORT es una

intervención grupal manualizada y estandarizada, dirigida por dos terapeutas. Utiliza componentes cognitivos; así como elementos de terapias existenciales<sup>(18,19)</sup>. Consta de seis sesiones semanales con duración de 90 a 120 minutos cada una, e incluye tareas y ejercicios para llevar a casa<sup>(11)</sup>.

De acuerdo con lo anterior, y considerando la falta de una intervención dirigida al MRC en español, se decidió llevar a cabo un proceso sistemático de adaptación cultural enfocado en sobrevivientes con cáncer de mama mexicanas (FORT-Mx)<sup>(20)</sup>. A pesar de que este proceso generó resultados confiables y satisfactorios, aún falta explorar sus efectos directamente en las supervivientes para comenzar a generar evidencia hacia su implementación. Por tanto, el presente estudio piloto tiene como objetivo evaluar los resultados preliminares de la terapia FORT-Mx en formato en híbrido, en ansiedad, depresión, miedo a la recurrencia y calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama mexicanas; así como explorar su viabilidad y satisfacción desde la perspectiva de las pacientes y sus terapeutas.

## 2. Método

### Participantes

Se incluyeron 19 mujeres mayores de 18 años, supervivientes de cáncer de mama, que: a) hubieran terminado su primera línea de tratamiento (con excepción de la hormonoterapia); b) aceptaran participar de forma voluntaria y firmaran consentimiento informado; c) contaran con recursos tecnológicos para llevar a cabo las sesiones virtuales, y d) tuvieran la oportunidad de presentarse a una sesión presencial. Se excluyeron a supervivientes que faltaran a más de 2 sesiones, o retiraran el consentimiento.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las supervivientes

		n (%)
Edad	Media: 45 (DE= 9,4) [IC95% = 43,23-52,57]	
Escolaridad	Preparatoria	2 (11,1)
	Licenciatura	14 (77,8)
	Posgrado	2 (11,1)
Ocupación	Hogar	10 (55,6)
	Empleada	8 (44,4)
Etapa clínica	I	5 (27,8)
	II	4 (22,2)
	III	4 (22,2)
	IV	2 (11,1)
	Desconoce	3 (16,7)
Terapia psicológica	Sí	15 (83,3)

## *Escenario*

Cancer Center Tec 100, centro oncológico privado ubicado en la ciudad de Querétaro, México.

## *Diseño*

Cuasi-experimental, con dos mediciones, pre y post intervención.

## *Variables e instrumentos*

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): originalmente desarrollada por Zigmond y Snaith<sup>(21)</sup>. Escala de tamizaje para depresión y ansiedad. Consta de 12 reactivos; se utilizó la versión al validada para población oncológica mexicana<sup>(22)</sup>, que tiene consistencia interna de Alpha de Cronbach= 0,86; así como, de 0,79 y 0,80 para cada subescala (ansiedad y depresión).

Inventario de Miedo a la Recurrencia al Cáncer (FCRI)<sup>(23)</sup>. Se empleó la versión validada en México por Juárez et al.<sup>(24)</sup>. Consta de 42 reactivos donde se exploran siete subescalas: desencadenantes, gravedad, distrés, estrategias de afrontamiento, alteraciones funcionales, conciencia del miedo y búsqueda de seguridad. Los participantes asignan una puntuación en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde puntajes más altos indican niveles más elevados de MRC. El instrumento permite obtener puntaje por subescala. Entre ellas, destaca la de gravedad con puntos de corte clínicos (utilizados y aceptados ampliamente por la literatura internacional): >16. que el MRC se encuentre a niveles clínicos<sup>(25)</sup>. El puntaje total del instrumento es de 168 puntos. En su versión en español mantuvo su estructura de siete factores con indicadores cercanos a los ideales. También mostró valores de alfa de Cronbach con puntajes adecuados para todas las subescalas del FCRI (0,71 a 0,92).

Escala de calidad de vida, EORTC (QLQ- C30). Mide calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer. Consta de escalas funcionales (física, de rol, cognitiva, emocional y social); tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómito); escala global del estado de salud; seis escalas de un solo ítem (disnea, insomnio, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras). Validada para uso en población mexicana con cáncer de mama por Cerezo et al.<sup>(26)</sup>, ha mostrado un coeficiente de alfa de Cronbach mayor a 0,70 y adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizado con esta población.

## *Materiales*

Se utilizaron los manuales FORT para terapeuta y paciente, culturalmente adaptados para la población mexicana<sup>(20)</sup>.

## *Procedimiento*

Se invitó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión a participar en los grupos de FORT-Mx; también se hicieron invitaciones mediante redes sociales del centro oncológico donde se llevaría a cabo la intervención.

El muestreo fue por conveniencia; por lo que se iban agregando pacientes conforme cumplían criterios de inclusión hasta alcanzar el formato esperado para cada grupo (de 5-8 pacientes). Al cumplirse el cupo por grupo, se asignaban al siguiente grupo por abrir. Se realizaron 3 grupos de intervención FORT- MX, incluyéndose un total de 14 participantes. La modalidad de la terapia fue híbrida: 5 sesiones de manera remota, y 1 sesión presencial.

El equipo de terapeutas de FORT-Mx consistió de 5 psicólogos, con experiencia de mínimo 3 años tratando pacientes con cáncer. Dos psicólogos hicieron las evaluaciones iniciales: una entrevista estructurada para el presente estudio y la aplicación de los instrumentos de evaluación: FCRI, HADS, QLQ-30. Los otros dos psicológos fueron terapeuta y co-terapeuta de la intervención; el otro psicólogo era observador y tomaba notas durante las sesiones. Al final, los dos psicólogos que hicieron la evaluación inicial aplicaron la post-evaluación. En esta última, adicionalmente se preguntó a las sobrevivientes y a tres de los terapeutas su satisfacción y percepción de viabilidad sobre FORT-Mx.

El proceso de la intervención siguió la estructura de la intervención original<sup>(11)</sup>. Véase en la tabla 2 para mayor detalle.

**Tabla 2. Estructura de la Terapia FORT**

Número de sesión	Descripción
Sesión 1: ¿Qué es el miedo a la recurrencia (o regreso) del cáncer?	<p>Introducción del equipo e historias de los participantes con respecto a MRC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de los modelos de terapia ABC y MRC.</li> <li>- Enseñar la relajación muscular progresiva.</li> </ul> <p>Tarea para casa: Practicar relajación muscular progresiva; completar el registro de pensamientos desadaptativos sobre MRC.</p>
Sesión 2: Información necesaria para sobrellevar la incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a las participantes a afrontar la incertidumbre.</li> <li>- Discutir las formas de recuperar la sensación de control.</li> <li>- Enseñar el uso de las autoinstrucciones tranquilizadoras.</li> <li>- Preparar las preguntas para la visita del profesional de la salud sobre los signos de recurrencia (sesión 3).</li> </ul> <p>Tarea para casa: escuchar relajación; practicar autoinstrucciones tranquilizadoras; completar registro de pensamientos y cuestionar pensamientos desadaptativos sobre el MRC, y preparar preguntas para el profesional de la salud.</p>
Sesión 3: Aprendiendo habilidades para enfrentar el miedo y la incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita de un profesional de la salud para responder las preguntas de las participantes.</li> <li>- Cuestionar las creencias erróneas sobre los beneficios de la preocupación.</li> <li>- Disminuir las estrategias de afrontamiento desadaptativas.</li> <li>- Enseñar imaginación guiada.</li> </ul> <p>Tarea para casa: practicar la imaginería guiada; continuar desafiando creencias erróneas sobre beneficios de la preocupación; completar el registro de pensamientos</p>
Sesión 4: Reconociendo los miedos más profundos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar psicoeducación sobre la preocupación y la necesidad de exponerse a los peores miedos.</li> <li>- Promover la expresión de emociones y confrontar los miedos específicos que subyacen al MRC.</li> <li>- Escribir sobre el peor escenario</li> <li>- Enseñar el ejercicio de atención plena.</li> </ul> <p>Tarea para casa: leer el peor escenario cada día y practicar el ejercicio de atención plena.</p>
Sesión 5: ¿Cómo superar los miedos más profundos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repasar la exposición al ejercicio del peor escenario.</li> <li>- Discutir las formas de afrontar algunos de los resultados temidos.</li> <li>- Animar a las participantes a que vuelvan a comprometerse con los objetivos vitales importantes, las personas o las actividades que hayan abandonado.</li> <li>- Discutir qué significado tienen para ellas el futuro y la planificación del presente.</li> <li>- Repasar el ejercicio de atención plena.</li> </ul> <p>Tarea para casa: escribir objetivos y las prioridades para el futuro.</p>
Sesión 6: Revisión y conclusiones	<p>Repasar todo el contenido cubierto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir los objetivos futuros.</li> <li>- Establecer nuevas prioridades.</li> <li>- Promover la expresión de despedida del grupo y proporcionar un cierre.</li> </ul>

Nota: Adaptado de Maheu et al. (2016)<sup>(11)</sup>p. 6 . ABC (por sus siglas en inglés) antecedentes, pensamientos y consecuencias; MRC: miedo a la recurrencia del cáncer.

## Aspectos éticos

El estudio fue sometido al comité de investigación del centro y aprobado por el mismo. A todos los pacientes se les explicaron los procedimientos y objetivos del estudio; se cuidó la confidencialidad y privacidad de los datos. Todos firmaron consentimiento informado de forma libre y voluntaria, sin que se afectara el seguimiento médico.

## Análisis

Se realizaron análisis descriptivos de la evaluación inicial y final de las participantes. El cambio clínico significativo<sup>(27)</sup> fue medido para cada resultado. Se realizó la prueba de Wilcoxon para conocer la diferencia entre las mediciones pre y post. La viabilidad de la intervención adaptada fue evaluada con una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas respondidas por pacientes y terapeutas (2 terapeutas y 1 observador).

## 3. Resultados

En total se incluyeron a 14 pacientes, con una mediana de 45 años (rango= 33-67 años). Se excluyeron 2 pacientes que faltaron a más de 2 sesiones; en la pérdida de seguimiento fue n=2 y 1 paciente retiró su consentimiento (Figura 1).

Las sobrevivientes que formaron parte de los grupos se caracterizaron por tener escolaridad del nivel bachillerato; eran amas de casa y se encontraban distribuidas clínicamente entre la etapa I a la III.

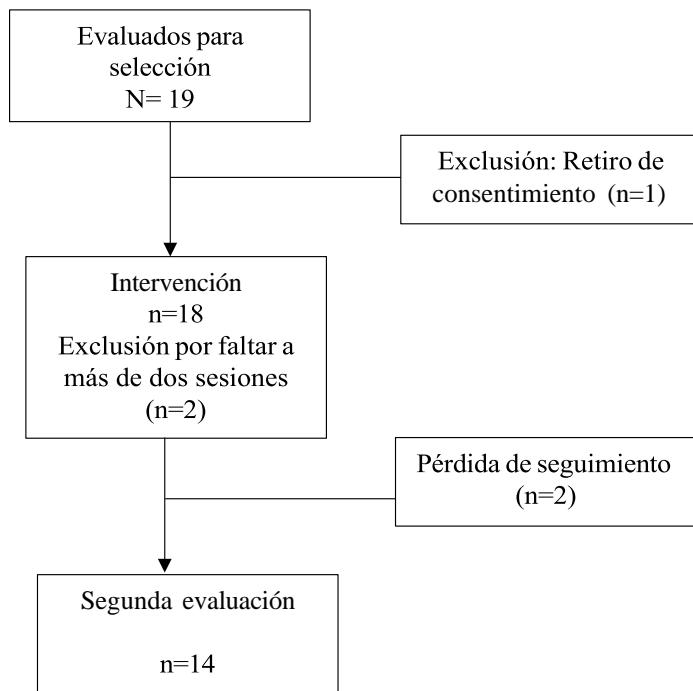


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio

La tabla 3 muestra que el MRC (FCRI) disminuyó significativamente después de la intervención, y que 6 pacientes lograron un cambio clínico significativo (>20%). La ansiedad y depresión igualmente disminuyeron significativamente; en ansiedad se notó mayor efecto, mostrado por las

diferencias en las medianas pre-post y porque más sobrevivientes lograron un cambio clínico, en comparación con los cambios obtenidos en depresión. No se encontraron diferencias significativas en calidad de vida.

Tabla 3. Análisis pre-post estadístico y de cambio clínico significativo de FORT-Mx

N=14	Pre Me (Q1; Q3)	Post Mediana, (Q1; Q3)	CCO (N de pacientes con CCO >20%)	Wilcoxon (Z; p)
FCRI	82 (73,2; 90)	70,5 (60,7; 87)	6	(-2,7; 0,006)**
Ansiedad	6 (4; 8)	4,5 (2,0; 8,20)	11	(-2,3; 0,020)*
Depresión	3 (1; 5)	2,0 (0,75; 3,3)	9	(-2,3; 0,017)*
Calidad de Vida	83 (67; 85)	88,0 (73; 100)		(1,2; 0,227)

Nota: FCRI= Inventario de miedo a la recurrencia del cáncer. CCO= Cambio clínico significativo (>20%). En la escala EORTC, a mayor puntaje, es mejor calidad de vida. \*p=<0,05; \*\*p=<0,01

En cuanto a los casos clínicos de MRC (obtenidos a través del puntaje de la escala de gravedad del FCRI), el punto de corte utilizado fue 16, sugerido para ensayos clínicos o tratamientos intensivos para el MRC porque representa un equilibrio entre sensibilidad y especificidad<sup>(25)</sup>. El número de participantes que resultó con MRC clínicamente significativo previo a la intervención fue 13; mientras que al terminar la intervención fueron 8. El análisis de McNemar arrojó un estadístico de prueba de 0,800 ( $gl=1$ ,  $p=.371$ ), por lo que, aunque hubo disminución de casos, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Todos los terapeutas estuvieron satisfechos con el tiempo y el número de sesiones, así como con el formato. Los terapeutas coincidieron en que el tiempo de evaluación inicial y la modalidad híbrida pudieron mejorar (Tabla 4 ).

Tabla 4. Viabilidad y satisfacción con FORT-MX de los terapeutas

Escala de satisfacción	Observador	Terapeuta 2	Terapeuta 3
Cumplió las necesidades de los pacientes	9	10	9
Utilidad	9	10	9
Satisfacción	9	10	8
Duración	Muy Satisfecho	Muy Satisfecho	Neutral
Tiempo en evaluación inicial	Neutral	Muy Satisfecho	Poco Satisfecho
Modalidad Híbrida	Neutral	Muy Satisfecho	Neutral
Modalidad Grupal	Muy Satisfecho	Totalmente satisfecho	Totalmente satisfecho

Escala de satisfacción= 0 Nada satisfecho a 10 La mayor satisfacción posible

En las entrevistas de viabilidad, los pacientes coincidieron que necesitaban más sesiones “*creo que habría sido enriquecedor dos sesiones más, para poder abordar mas a detalle los temas*” (42 años, sobreviviente ECII HER triple negativo). Opinaron sobre el formato híbrido “*A lo mejor yo creo que pudiera ser mejor presencial al inicio y tambien la de los peores miedos y las de enmedio virtuales*” “*Me pareció bien que fuera híbrida, aunque hubiera estado bien 3 sesiones presenciales y 3 en línea*”. En cuanto a su satisfacción, y al formato grupal mencionaron “*me ayudó muchísimo a poder comprender la situación por la que estaba pasando. Estoy muy agradecida por el tiempo que me dedicaron para sentirme mejor*” (46 años, sobreviviente ECII); “*Me encantó que haya existido y haya podido participar, me sentí como rescatada, porque me sentía olvidada,*

*desde una perspectiva de agradecimiento me comprometí mucho con el tratamiento, la terapia me pareció súper atinada para mí por el momento en que me tocó experimentarla, dejé de sentirme olvidada*" (54 años, sobreviviente ECII luminal A).

El ejercicio que les pareció más útil fue el de exposición al "miedo más profundo" (sesión 4): "*me vi forzada a enfrentar lo que mas miedo me da, sola no lo habría hecho*" (42 años, sobreviviente ECII HER triple negativo); "*me movió emocionalmente para expresar lo que sentía*" (62 años, sobreviviente ECII); "*Me gustó más la sesión de los pensamientos alternativos, porque me preocupaba por cosas que no eran importantes*" (46 años, sobreviviente ECII).

En relación a las sugerencias refirieron "*fue complicado enfrentarme a mis miedos, y poderlos compartir*"; "*creo que es importante tener terapia individual para complementar*" (43 años, superviviente ECII); "*lo del ABC ahí sí , porque no fue sencillo de entender, tuve que requerir a otras hojas que ya tenía para poderlo entender, se me hizo como que existe muy poca información para entenderlo, no profundizan y no ponen tantos ejemplos para explicarlo bien*" (54 años, sobreviviente ECII luminal A).

Finalmente, tanto pacientes como terapeutas coincidieron en que se necesitaban hacer cambios en los manuales (p.ej., el soporte visual del modelo FCR no era claro), como que los manuales para pacientes y terapeutas no coincidían en su formato, lo que dificultaba la entrega de las sesiones (Tabla 3).

#### 4. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados preliminares de la implementación piloto de una intervención (culturalmente adaptada) dirigida el MRC de sobrevivientes con cáncer de mama mexicanas (FORT-Mx). También se exploró la viabilidad y satisfacción de los involucrados.

De acuerdo con los resultados preliminares pre-post, se encontró que el FCRI disminuyó significativamente más de 8 puntos del puntaje total obtenido, lo que es consistente con los estudios controlados alteatorizados de la intervención aplicada a poblaciones caucásicas de cáncer de mama y cervicouterino<sup>(11,8)</sup>. La consistencia se entiende por varias razones. La primera debido al proceso de adaptación cultural riguroso<sup>(20)</sup>, que al mantener la fidelidad permitió transladar los efectos a esta aplicación. Estudios previos a favor de la adaptación cultural han demostrado que intervenciones que siguen procedimientos rigurosos son más efectivas que las que no<sup>(28)</sup>. La segunda: haber seguido el modelo teórico que subyace a la intervención<sup>(29)</sup>. Consideramos que manipular las variables descritas en el modelo permitió alcanzar la modificación de la intensidad del miedo. Estos resultados además reafirman su solidez teórica, al demostrarse en grupos culturales distintos.

En tercer lugar, que la intervención disminuyera los valores de MRC también se evidenció por la equivalencia conceptual entre el instrumento de evaluación (FCRI)<sup>(23)</sup> y el modelo teórico de la intervención<sup>(29)</sup>. De acuerdo con esto, algunas de las técnicas clínicas de FORT (la promoción de expresión de temores que subyacen el miedo; el conocimiento sobre los síntomas de una posible recurrencia; la práctica de técnicas de relajación, autoinstrucciones; así como el establecimiento de prioridades realistas en la vida) fomentaron globalmente mejoría en el manejo de la incertidumbre, de la reafirmación de sus creencias y de las estrategias de afrontamiento (subescalas del FCRI), lo que a su vez, disminuyó la frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados al MRC: los detonadores, el malestar emocional y las alteraciones funcionales.

La gravedad del MRC fue la única subescala del FCRI en la que se evalúo específicamente el cambio pre-post. Aunque no todas las pacientes alcanzaron un cambio clínicamente significativo (diferencias mayor del 20% antes-después), se nota que la mayor proporción lo logró. Es posible que esto haya ocurrido debido a la heterogeneidad de la muestra en cuanto a los factores de riesgo para tener valores altos de MRC (e.g., edad, etapa clínica, comorbilidades)<sup>(14,30-32)</sup>. Estudios futuros que utilicen medidas para explorar efectos específicos por sintomatología propia del MRC podrían precisar estas interpretaciones.

La mejoría exhibida en ansiedad y depresión entre 1 y 2.5 puntos después de FORT-Mx fue significativa estadísticamente. El cambio más importante fue en ansiedad, ya que pasó de nivel

leve a ninguno<sup>(33)</sup>, lo que puede coincidir con los cambios inferidos en la subescala de malestar emocional del FCRI. Dada la connotación ansiosa del MRC<sup>(23)</sup>, es un resultado esperado, al mismo tiempo que se conoce la disminución del MRC (a través del puntaje total del FCRI). En estudios futuros, pudiera incluirse una entrevista clínica que explore más ampliamente a qué se debieron estos cambios en ansiedad.

La calidad de vida aumentó hasta 5 puntos (en puntaje normalizado) en la evaluación post, lo que también puede coincidir con el cambio inferido en alteraciones funcionales (medidas a través del FCRI). Empero, no alcanzó diferencias estadísticas. Posiblemente este resultado se deba a que, a diferencia de las alteraciones funcionales (que exploran aspectos más psicosociales) el EORTC enfatiza la evaluación de la calidad de vida a través de la funcionalidad física, aspecto al que no se dirige la FORT-Mx. En el futuro, se podrían incluir escalas de bienestar para explorar el efecto de esta terapia hacia esa variable.

Se subraya que los valores de ansiedad, depresión y calidad de vida se encontraban saludables en línea base, por lo que el cambio obtenido es notable, ya que alcanzar mejoría en puntajes considerados sin importancia clínica es una meta complicada.

La satisfacción con la intervención se identificó desde la alta tasa de aceptación de la sobrevivientes a participar en la terapia hasta los reportes post-tratamiento sobre su utilidad y relevancia. La respuesta consistente al respecto de los terapeutas indica que los esfuerzos asociados a proveer una intervención apropiada culturalmente y especializada en dicha problemática van en la dirección correcta. Ello confirma la existencia del MRC en esta población como una necesidad psicológica a satisfacer<sup>(10)</sup>.

Aunque la intervención mostró ser viable. Las sobrevivientes y los terapeutas coincidieron que el número de sesiones y el formato híbrido podrían cambiar, ya que al parecer en esta cultura dedicar más tiempo y mayor cercanía física producirá mayor complacencia con una intervención psicológica. Particularmente, los terapeutas notaron la necesidad de que los manuales de la terapia se adecuaran a su manera de trabajar, punto que se considerará en el futuro como necesidad de mejora.

Las limitaciones de este estudio se centran en las características de la muestra: el tamaño, la selección en un solo centro oncológico y por la heterogeneidad de la misma en términos clínicos. Posiblemente el formato híbrido y la cantidad de sesiones pudo haber influido en los resultados, dado que es una cultura colectiva que prefiere la cercanía física como elemento que fortalece una interacción social. Una limitación importante radica en la falta de grupo control, sin la que no puede establecerse la efectividad del tratamiento. Igualmente en estudios futuros se deben incluir mediciones de seguimiento para precisar la duración del efecto.

## 5. Conclusiones

Este estudio da cuenta de los resultados preliminares de la primera implementación de FORT-Mx en español, después de un proceso exhaustivo para adaptarla culturalmente a población mexicana sobreviviente de cáncer de mama. Los resultados son positivos. Esto es, las sobrevivientes disminuyeron clínica y estadísticamente su frecuencia e intensidad de sintomatología de MRC, y los puntajes de ansiedad y depresión. Aunado a esto, tanto los terapeutas como las pacientes mostraron satisfacción global con la intervención.

Se destacó que los valores iniciales de las sobrevivientes no mostraron puntajes preocupantes en ninguna de las variables, por lo que resulta notable alcanzar cambios positivos con FORT-Mx. Ello alienta a trabajar con este grupo de pacientes en momentos previos a la presentación de gravedad clínica.

Los resultados de este estudio piloto resaltan la relevancia clínica, fuerte necesidad y la oportunidad viable de continuar con estudios dirigidos al bienestar de los sobrevivientes con cáncer en México, que presenten MRC. Igualmente, contribuye a la provisión de una potencial herramienta clínica dirigida a los profesionales de la salud mental que usan español como principal lengua. Por tanto, es necesario continuar con el siguiente nivel de evidencia de la intervención adaptada.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cancer fact sheets:Breast (Internet). 2022 [Acceso el 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
2. Stanton AL, Danoff-burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology* 2002;11:93-102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
3. Wronski SL. Defining cancer survivor and cancer survivorship: The who, what, and when. *Psicooncología* 2015;12:7-18. [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2015.v12.n1.48900](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48900)
4. Martínez Arroyo O, Andreu Vaillo Y, Martínez López P, Galdón Garrido MJ. Emotional distress and unmet supportive care needs in survivors of breast cancer beyond the end of primary treatment. *Support Care Cancer* 2019;27:1049-57. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4394-8>
5. Vuksanovic D, Sanmugarajah J, Lunn D, Sawhney R, Eu K, Liang R. Unmet needs in breast cancer survivors are common, and multidisciplinary care is underutilised: the Survivorship Needs Assessment Project. *Breast Cancer* 2021;28:289-97. <https://doi.org/10.1007/s12282-020-01156-2>
6. Unger-Saldaña K, Ventosa-Santaullària D, Miranda A, Verduzco-Bustos G. Barriers and explanatory mechanisms of delays in the patient and diagnosis intervals of care for breast cancer in Mexico. *Oncologist* 2018;23:440-53. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0431>
7. 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>
8. Lebel S, Simard S, Harris C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M, et al. Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Qual Life Res* 2016;25:311-21. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2>
9. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WWT, Lebel S, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology* 2022;31:879-92. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
10. Gálvez-Hernández CL, Boyes A, Ortega-Mondragón A, Romo-González AG, Mohar A, Mesa-Chavez F, et al. Unmet needs among breast cancer patients in a developing country and Supportive Care Needs Survey Validation. *Rev Invest Clin* 2021;73(4). <https://doi.org/10.24875/ric.21000068>
11. Maheu C, Lebel S, Courbasson C, Lefebvre M, Singh M, Bernstein LJ, 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(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2326-x>
12. Zhang LR, Chiarelli AM, Glendon G, Mirea L, Knight JA, Andrusis IL, et al. Worry is good for breast cancer screening: A study of female relatives from the Ontario site of the breast cancer family registry. *J Cancer Epidemiol* 2012; 545062. <https://doi.org/10.1155/2012/545062>
13. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, Bebbington Hatcher M. 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)
14. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term ( $\geq 5$  years) cancer survivors - A systematic review of quantitative studies. *Psychooncology* 2013;22:1-11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
15. Maheu C, Lebel S, Tomei C, Singh M, Esplen MJ. Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19:433-40. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.12.003>
16. Thewes B, Brebach R, Dzidowska M, Rhodes P, Sharpe L, Butow P. Current approaches to managing fear of cancer recurrence; A descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psychooncology* 2014;23:390-6. <https://doi.org/10.1002/pon.3423>

17. Tauber NM, O'toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2022; 78:3069-82. <https://doi.org/10.1111/jan.15321>
18. Tomei C, Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, Harris C. Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Support Care Cancer* 2018;26:2751-62. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4097-1>
19. Kissane D. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician* 2000;29:1022-5. <https://doi.org/10.4324/9781315378473-16>
20. Rivera- Olvera I. Adaptación cultural de la terapia para reducir el miedo a la recurrencia (FORT) de supervivientes de cáncer de mama. 2023. [ Acceso 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://ri.unam.mx/contenidos/adaptacion-cultural-de-la-terapia-para-reducir-el-miedo-a-la-recurrencia-fort-de-supervivientes-de-cancer-de-mama-mexic-3653170?c=%7B>
21. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70. <https://doi.org/10.1037/t03589-000>
22. Galindo O, Benjet C, Juárez García F, Rojas E, Riveros A, Aguilar JL, et al. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental* 2015;38:253-8. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>
23. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 2009;17:241-51. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
24. Juárez-García DM, Vázquez-Esseso MB, Gálvez-Hernández L, Bazan J, Simard S. Fear of cancer recurrence inventory (FCRI) in Spanish: validation in Mexican women with breast cancer. *An Psicol* 2024;40:355-63. <https://doi.org/10.6018/analesps.590721>
25. Smith A Ben, Costa D, Galica J, Lebel S, Tauber N, van Helmond SJ, et al. Spotlight on the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI). *Psychol Res Behav Manag* 2020;13:1257-68. <https://doi.org/10.2147/prbm.s231577>
26. Cerezo O, Oñate-Ocaña LF, Arrieta-Joffe P, González-Lara F, García-Pasquel MJ, Bargalló-Rocha E, et al. Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2012;21:684-91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01336.x>
27. Cardiel R. Calidad de vida: aproximaciones para su medición. In: Moreno L, Cano Valle F, García Romero H, editores. *Epidemiología Clínica*. México: Interamericana-McGraw Hill; 1994. p.189-99.
28. Hall GCN, 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>
29. Lebel S, Maheu C, Tomei C, Bernstein LJ, Courbasson C, Ferguson S, et al. Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2018;27:2594-601. <https://doi.org/10.1002/pon.4880>
30. Ziner KW, Sledge GW, Bell CJ, Johns S, Miller KD, Champion VL. Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncol Nurs Forum* 2012;39:287-95. <https://doi.org/10.1188/12.onf.287-295>
31. Ren H, Yang T, Yin X, Tong L, Shi J, Yang J, et al. Prediction of high-level fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: An integrative approach utilizing random forest algorithm and visual nomogram. *Eur J Oncol Nurs* 2024;70:102579. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102579>
32. Aagard Rasmussen L, Jensen H, Fischer Perdersen A, Vedsted P. Fear of cancer recurrence at 2.5 years diagnosis: a cross- sectional study in Denmark. *Support Care Cancer* 2022;11:9171-80. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07335-5>
33. Galindo-Vázquez O, Pérez-Barrientos H, Alvarado-aguilar S. Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gac Mex Oncol* 2015;12:108-15