



Eficacia de los tratamientos psicológicos para el miedo a la recurrencia del cáncer de mama

Alvaro Villatoro Reyes¹, Juan Antonio Cruzado^{2*}

Recibido: 1 de julio de 2023 / Aceptado: 1 de septiembre de 2023

Resumen. Introducción: El miedo a la recurrencia del cáncer es una de las consecuencias más frecuentes en los supervivientes del cáncer. El cáncer de mama fue el tipo de cáncer más diagnosticado en el 2020 en todo el mundo, aunque se ha evidenciado una baja tasa de mortalidad de este tipo de cáncer en España, lo que favorece una mayor prevalencia de miedo a la recurrencia en el cáncer de mama. Objetivo: Realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones utilizadas para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer en supervivientes de cáncer de mama. Metodología: Se realizó la búsqueda en las bases de datos SCOPUS, APA PsycInfo, APA PsycArticles, MEDLINE y E-Journals, limitando los resultados a los estudios controlados aleatorizados de los últimos siete años. Resultados: Se incluyeron finalmente 18 estudios. Las intervenciones que se centran en los sesgos atencionales y en las preocupaciones y las rumiaciones resultaron ser las más eficaces. Se discuten los resultados en base al modelo de Miedo a la Recurrencia del Cáncer desarrollado por Lee-Jones et al. (1997) y se proponen futuras líneas de investigación. Conclusiones: Existen varias intervenciones eficaces sobre el miedo a la recurrencia del cáncer, destacando el programa ConquerFear por sus resultados y su bajo coste.

Palabras Clave: Miedo a la recurrencia del cáncer, cáncer de mama, ansiedad, calidad de vida.

[en] Efficacy of psychological treatments for fear of breast cancer recurrence

Abstract. Introduction: Fear of cancer recurrence is one of the most frequent consequences in cancer survivors. Breast cancer was the most diagnosed type of cancer in 2020 worldwide, although a low mortality rate of this type of cancer has been evidenced in Spain, which favors a higher prevalence of fear of recurrence in breast cancer. Objective: To conduct a systematic review of the interventions used to reduce the fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. Methodology: We searched the SCOPUS, APA PsycInfo, APA PsycArticles, MEDLINE, and E-Journals databases, limiting the results to randomized controlled studies from the last seven years. Results: Eighteen studies were finally included. Interventions targeting attentional biases and worries, and ruminations were found to be the most effective. Results are discussed based on the Fear of Cancer Recurrence model developed by Lee-Jones et al. (1997) and future lines of research are proposed. Conclusions: There are several effective interventions on fear of cancer recurrence, with the ConquerFear program standing out for its results and low cost.

Keywords: Fear of Cancer Recurrence, Breast Cancer, Anxiety, Quality of Life.

1 Alvaro Villatoro Reyes. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain. E-mail: alvaro.villatoro@live.com

2 Juan Antonio Cruzado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain. ORCID: 0000-0002-8906-4814.

E-mail: jacruzad@ucm.es

* Dirección de correspondencia: Juan Antonio Cruzado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas-28223-Madrid. E-mail: jacruzad@ucm.es

Sumario: 1. Introducción 2. Modelos y Variables 3. Objetivos 4. Metodología 5. Procedimiento 6. Resultados 7. Discusión 8. Conclusiones 9. Referencias Bibliográficas

Cómo citar: Villatoro Reyes A, Cruzado JA. Eficacia de los tratamientos psicológicos para el miedo a la recurrencia del cáncer de mama. *Psicooncología* 2023; 20: 219-254. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.91524>

1. Introducción

El cáncer es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad tanto en España como en todo el mundo y cuyo diagnóstico va en aumento año a año, así como su letalidad, pasando de los 9,9 millones de muertes durante 2020 en todo el planeta hasta los más de 16 millones de muertes que se espera que se alcancen en 2040 (GLOBOCAN, 2020, citado en Sociedad Española de Oncología, SEOM, 2023). Según los datos recogidos por la International Agency of Research on Cancer y de los que se hace eco la Sociedad Española de Oncología Médica⁽¹⁾, en el año 2020 se diagnosticaron unos 19,3 millones de casos nuevos en todo el mundo de cáncer, 1,2 millones de casos más que en 2018, y se prevé que en el año 2040 se superen los 30,2 millones de casos nuevos. Durante el año 2023, se estima que en España se diagnosticarán aproximadamente 279.260 nuevos casos de cáncer⁽²⁾. Esta cifra representa una estabilización en comparación con el año anterior.

Cabe destacar que en España se está evidenciando un gran descenso de la mortalidad asociada al cáncer en las últimas décadas, aunque no en todos los tipos de cáncer, donde además se observan diferencias en función del género, como sucede con el cáncer de pulmón, cuya mortalidad está en descenso en los hombres mientras que ha aumentado en las mujeres en los últimos años. Con respecto al cáncer de mama, se observa un considerable descenso de su mortalidad, alcanzando su pico máximo en 1991 y descendiendo de forma importante en estas tres últimas décadas⁽¹⁾. Durante el periodo de 2002-2007, la tasa de supervivencia neta a cinco años para el cáncer de mama en mujeres menores de 74 años fue del 87,5%. Sin embargo, en el periodo de 2008-2013, esta tasa aumentó significativamente a un 90,6%, lo que representa un cambio absoluto de 3,1 puntos porcentuales⁽¹⁾.

Los avances en los tratamientos y enfoques de atención médica, así como el diagnóstico temprano, han contribuido a estos resultados positivos (SEOM, 2023). El aumento en la supervivencia al cáncer ha sido un logro significativo en el campo de la oncología y ha traído consigo diversas consecuencias positivas tanto para los pacientes como para su entorno. Sin embargo, es importante reconocer que la recuperación exitosa del tratamiento puede dar lugar a la aparición de pensamientos y sensaciones negativas relacionadas con el miedo a la recurrencia del cáncer.

El miedo a la recurrencia del cáncer es una preocupación común entre los supervivientes al cáncer. Se caracteriza por el malestar emocional, la ansiedad y el deterioro en la calidad de vida de los pacientes. Además, puede manifestarse a través de la hipervigilancia corporal, las rumiaciones constantes sobre el cáncer, la alteración de las relaciones interpersonales y laborales, así como síntomas

depresivos⁽³⁻⁷⁾. Se estima que entre el 40% y el 70% de los supervivientes al cáncer, independientemente del tipo de cáncer, experimentan miedo a la recurrencia^(4,5,8) (Fardell et al., 2016; Galica et al., 2019; González-Hernández et al., 2018). Aunque en algunos casos este miedo puede ser adaptativo y de corta duración, cuando se convierte en un miedo persistente puede llegar a ser incapacitante, afectando diversas áreas de la vida de la persona⁽⁴⁻⁶⁾.

El abordaje del miedo a la recurrencia del cáncer es fundamental para mejorar la calidad de vida de los supervivientes y promover su bienestar emocional. Los profesionales de la salud deben estar atentos a la presencia de este miedo en los pacientes y ofrecer estrategias de apoyo adecuadas, como la terapia cognitivo-conductual, la educación sobre el cáncer y la promoción de la resiliencia^(3,6).

2. Modelos y Variables

Uno de los modelos teóricos más destacados para comprender el miedo a la recurrencia del cáncer es el modelo de Autorregulación de la Enfermedad propuesto por Leventhal et al.⁽⁹⁾ (1992, citado en Lee-Jones et al., 1997). Según este modelo, cada individuo desarrolla una representación de su enfermedad que les permite identificar y procesar las experiencias somáticas relacionadas. Este procesamiento cognitivo y emocional se ve influenciado por la personalidad del individuo. Sin embargo, es importante señalar que la interpretación puede ser incorrecta y conducir a sentimientos de angustia y miedo, aunque las reacciones pueden variar según la representación personal del cáncer⁽⁹⁾.

En este sentido, se ha encontrado una asociación entre la ansiedad y el miedo a la recurrencia del cáncer, en línea con el modelo de autorregulación mencionado anteriormente⁽⁹⁾. Esta comprensión teórica contribuye a la identificación de factores clave en la experiencia del miedo a la recurrencia y proporciona una base para desarrollar intervenciones que aborden de manera efectiva este desafío emocional en los pacientes supervivientes al cáncer. En la Figura 1 se presenta una síntesis del modelo de miedo a la recurrencia propuesto por Lee-Jones et al. (1997). Este modelo teórico tiene como objetivo comprender los mecanismos psicológicos involucrados en la experiencia del miedo a la recurrencia del cáncer, y cuenta apoyo empírico⁽¹¹⁾

Maheu et al. (2019)⁽¹¹⁾ revisaron el modelo de Lee-Jones et al.⁽⁹⁾ en sobrevivientes de cáncer de mama, y añadieron que el miedo a la recurrencia del cáncer esta siempre presente y la necesidad de apoyo incluso después de finalizar el tratamiento. Asimismo, encontraron que la ansiedad y la preocupación se fusionaban en una sola variable, y que las supervivientes no experimentaban remordimiento alguno por decidir no recibir tratamientos más agresivos. La adaptación del modelo original de Lee-Jones et al. (1997) propuesta por Maheu et al. (2019) proporciona una comprensión más precisa de las experiencias y necesidades de este grupo de pacientes, lo cual puede ser fundamental para desarrollar intervenciones psicológicas efectivas y personalizadas que aborden adecuadamente el miedo a la recurrencia y promuevan una mejor calidad de vida.

En relación con la hipervigilancia, el metaanálisis realizado por Pradhan et al. (2021)⁽¹²⁾ reveló un sesgo de atención más pronunciado hacia estímulos negativos o amenazantes, especialmente aquellos relacionados con la enfermedad

oncológica, en pacientes con cáncer. Este sesgo de atención se asoció con niveles más altos de angustia experimentada por estos pacientes. Por lo tanto, los sobrevivientes con mayor ansiedad están más atentos a señales relacionadas con el cáncer, lo que aumenta el miedo a la recurrencia. Estos hallazgos concuerdan con el modelo de Lee-Jones et al.

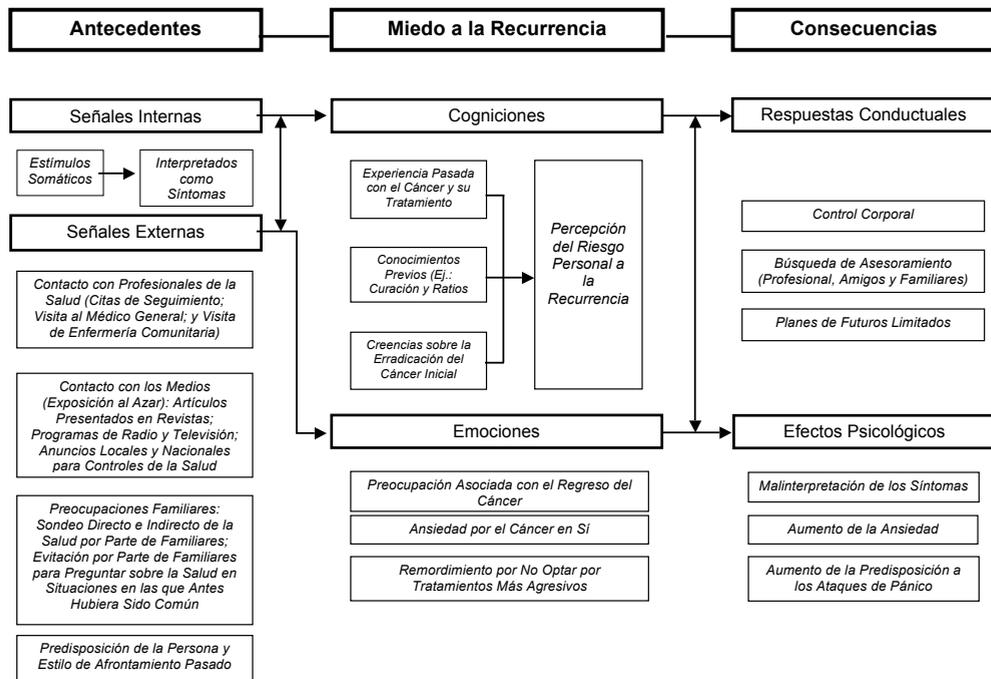


Figura 1. Modelo Cognitivo y Emocional del Miedo a la Recurrencia del Cáncer de Lee-Jones et al. (1997). Tomado y Traducido de Lee-Jones et al. (1997, p. 102).

Diversos factores de riesgo se han asociado a una mayor experiencia de miedo a la recurrencia del cáncer. En el estudio realizado por Galica et al. (2019)⁽⁵⁾, se encontró que ciertas características individuales, como edades más tempranas, género femenino, estar en seguimiento médico, creer que conocer a alguien con recidiva afecta al miedo a la recurrencia, tener uno o más síntomas atribuidos al cáncer, y mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico se relacionaron con niveles más altos de miedo a la recurrencia del cáncer. Por otro lado, el género masculino, una baja autoestima (evaluada a través de ítems formulados de manera negativa) y una actitud pesimista se relacionaron negativamente con el miedo a la recurrencia. Además, se observó que las visitas médicas de seguimiento tuvieron un impacto significativo, ya que se evidenció un aumento del miedo a la recurrencia justo antes de estas revisiones (McGinty et al., 2015)⁽⁶⁾.

A nivel cognitivo, se han identificado factores predictores de un elevado miedo a la recurrencia del cáncer, tales como la percepción de riesgo y gravedad de la

enfermedad, las creencias de autoeficacia para afrontar la situación y las conductas de búsqueda de tranquilidad^(6,11).

En cuanto al curso de la enfermedad, se ha postulado comúnmente que el miedo a la recurrencia del cáncer disminuye con el tiempo. No obstante, investigaciones han revelado que una considerable proporción de sobrevivientes de cáncer de mama continúa experimentando este miedo incluso varios años después de haber superado la enfermedad⁽¹³⁾.

La gran prevalencia y persistencia del miedo a la recurrencia del cáncer en los y las supervivientes hace necesario disponer de intervenciones eficaces. En el presente estudio se propone realizar una revisión sistemática para evaluar la eficacia de los tratamientos destinados al miedo a la recurrencia del cáncer de mama en los últimos ocho años. El objetivo principal de esta revisión es actualizar los conocimientos previos sobre este tema y obtener una visión clara de los programas implementados y su efectividad. A través de esta revisión, se pretende sintetizar la evidencia más reciente con relación a los enfoques terapéuticos empleados y su impacto en la reducción del miedo a la recurrencia en las pacientes de cáncer de mama. De este modo, se espera identificar las intervenciones más eficaces y proporcionar información relevante que contribuya a mejorar la atención y el apoyo brindado a estas pacientes.

3. Objetivos

El objetivo general de este estudio es llevar a cabo una revisión sistemática para evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos destinados a reducir el miedo a la recurrencia del cáncer en mujeres que han sobrevivido al cáncer de mama. Para lograr este objetivo, se seguirá la metodología y directrices establecidas en la declaración PRISMA 2020⁽¹⁴⁾. Siguiendo el enfoque de las preguntas PICO, el objetivo es analizar la eficacia en la reducción del miedo a la recurrencia del cáncer (*outcomes*) de las distintas intervenciones psicológicas (*intervention*) en supervivientes de cáncer de mama (*patients*) en comparación al grupo control (*comparison*). Mediante esta revisión sistemática, se busca obtener una visión integral de las intervenciones psicológicas utilizadas y su impacto en el miedo a la recurrencia del cáncer en este grupo específico de pacientes.

Los objetivos de este trabajo fueron los siguientes:

1. Analizar si las intervenciones revisadas disminuyen de forma significativa el miedo a la recurrencia del cáncer de mama.
2. Destacar las metodologías utilizadas en los programas de intervención revisados, destacando sus fortalezas y sus limitaciones.

4. Metodología

El proceso de búsqueda se llevó a cabo el 12 de junio de 2023, utilizando varias bases de datos reconocidas en el campo de la investigación, como SCOPUS, APA PsycInfo, APA PsycArticles, MEDLINE y E-Journals. Para optimizar los resultados, se utilizó el operador booleano “Breast Cancer AND Fear of Recurrence AND Intervention”. Con el fin de centrar la revisión en las investigaciones más recientes

y relevantes, se estableció una restricción temporal que abarcó los últimos 8 años, desde 2016 hasta uno junio de 2023.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron las publicaciones arbitradas, en revistas revisadas por pares y escritas en inglés o en español, y que hiciesen referencia a cualquier tipo de intervención psicológica sobre el miedo a la recurrencia al cáncer con ensayos clínicos aleatorizados y que estuviesen orientados al cáncer de mama. También se incluyeron aquellos trabajos que, además de supervivientes de cáncer de mama, tuviesen en consideración supervivientes de otros tipos de cáncer como próstata y colorrectal, siempre y cuando las supervivientes de cáncer de mama conformasen un porcentaje superior en la selección de participantes.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron los trabajos anteriores al uno de enero de 2016, así como las tesis doctorales, editoriales, publicaciones en congresos y capítulos de libro. También se excluyeron los trabajos de tipo cualitativo, las revisiones sistemáticas y narrativas y los metaanálisis, así como los estudios que no tuviesen como objetivo principal la intervención sobre el miedo a la recurrencia del cáncer, que realizasen intervenciones no psicológicas (por ejemplo, farmacológicas, con homeopatía, etc.) y aquellos que no incluyesen en su diseño un grupo control. Tampoco se admitieron las publicaciones que eran proyectos no implementados aún (que carecían de resultados), los estudios no aleatorizados, los estudios de caso, ni los estudios que evaluaban la adecuación de intervenciones sobre el miedo a la recurrencia del cáncer pero que se centraban en la sensación de utilidad subjetiva de los pacientes.

5. Procedimiento

La búsqueda y selección de los artículos se llevó a cabo en dos fases. En la primera fase, se realizó la búsqueda en las bases de datos SCOPUS, MEDLINE, PsycINFO y PsycArticles el 12 de junio de 2023, obteniendo un total de 113 artículos en SCOPUS, 101 en MEDLINE, 38 en PsycINFO y 3 en PsycArticles. No se encontraron resultados en la base de datos de E-Journals. En la segunda fase, se llevó a cabo la revisión de los títulos y resúmenes de los artículos obtenidos del 12 al 19 de junio de 2023. Se aplicaron los criterios de exclusión y se eliminaron los resultados duplicados, lo que resultó en la selección de 18 artículos para su inclusión en la revisión. El proceso de selección se presenta en un diagrama de flujo en la Figura 2, donde se registra la información sobre las bases de datos donde se encontraron resultados relevantes. Posteriormente, se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión utilizando los criterios del Manual Cochrane, lo que permitió realizar una evaluación rigurosa de la validez y la calidad de los estudios seleccionados.

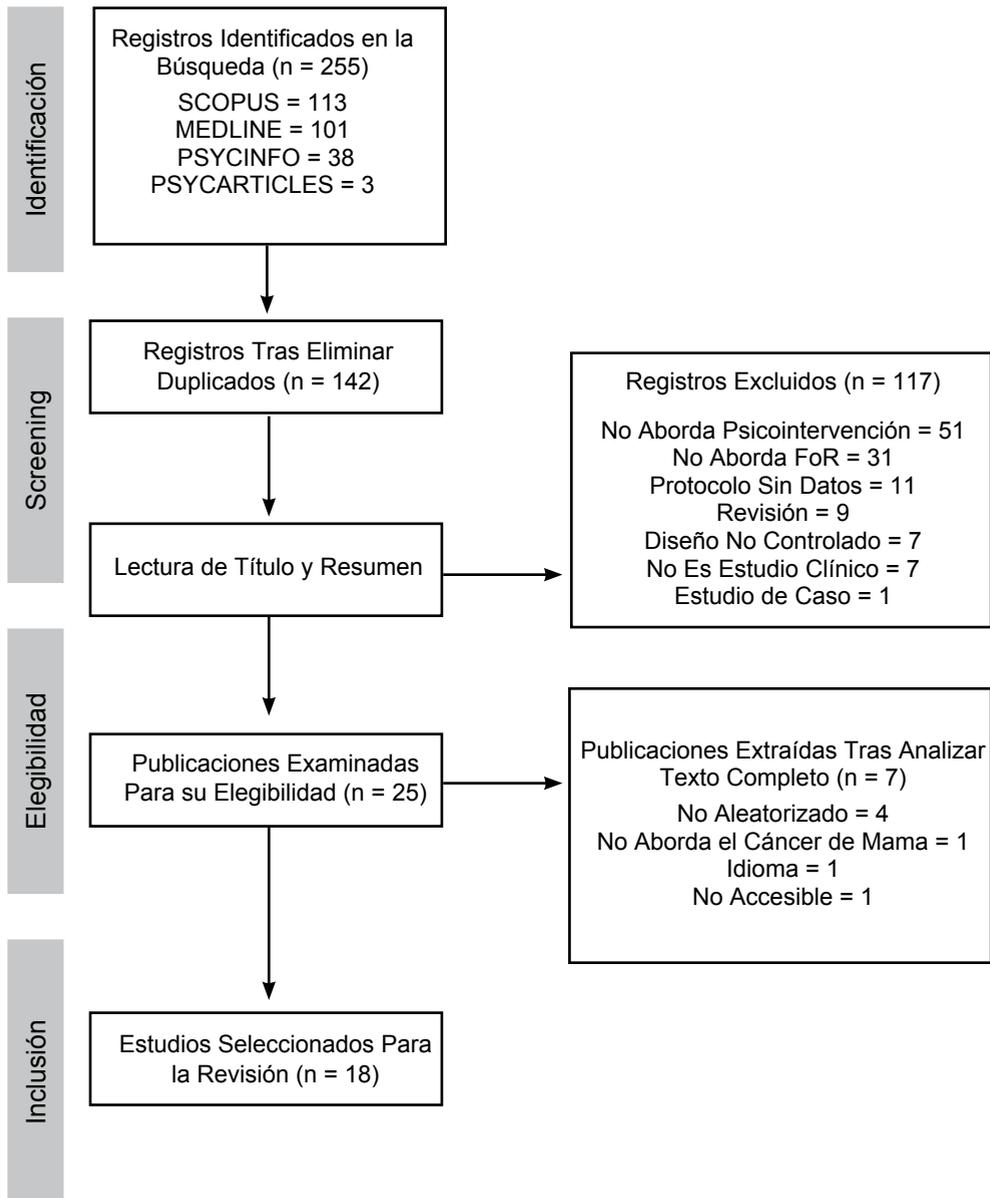


Figura 2. Diagrama de Flujo de la selección de artículos.

6. Resultados

Se seleccionaron, finalmente, 18 artículos. En la Tabla 1 se presentan todos los estudios incluidos en la revisión. En las Tablas 2 y 3 se presentan la evaluación de la calidad y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Tabla 1. Resultados (Análisis de los Estudios Seleccionados).

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Otto et al. (2016) (EEUU) ⁽¹⁵⁾	67 supervivientes de cáncer de mama de estadio temprano (0, I, II y IIIA), edad media 56,89 (DT=10,20). Nueve fueron diagnosticadas de otro tipo de cáncer tras el diagnóstico de cáncer de mama, ocho habían sufrido una recurrencia después de el tratamiento inicial.	Grupo experimental (n = 34) y grupo control (intervención común online, n = 33). Medidas pre (T0), post a las 6 semanas (T1), de seguimiento al mes (T2) y de seguimiento a los tres meses (T3). Análisis de datos mediante modelo de curva de crecimiento latente.	CARS (se obtuvo la media de los primeros 4 ítems para evaluar el FoR general, media de dos ítems de la subescala "Muerte" del CARS para evaluar la preocupación por la muerte). Evaluación de la gratitud semanal mediante ítems creados por los autores. Selección de algunos ítems del PANAS para evaluar el afecto positivo. Evaluación de la búsqueda de objetivos semanales mediante la media de dos elementos creados por los autores.	El grupo experimental recibió una intervención online de gratitud durante 6 semanas consecutivas consistentes en pedirles a las participantes en cada semana que invirtiesen 10 minutos en escribir una carta donde expresasen gratitud a la persona que eligieran. A las participantes del grupo control se les pidió en cada semana que durante 10 minutos enumerasen y describiesen un máximo de 20 actividades que hubiesen realizado en las semanas previas. Ambos grupos realizaron las actividades online.	La intervención, aunque no aumentó el afecto positivo a largo plazo (B = 0,04, z = 1,64, p = 0,101), sí evitó la disminución de afecto positivo que se encontró en el grupo control (B = -0,05, z = -2,10, p = 0,036). No se observó una mejora significativa en el FoR en general (X ² = 9,65, p = 0,21), pero sí en la preocupación por la muerte (B = -0,10, z = -2,43, p = 0,015) con un tamaño del efecto medio (d = 0,45).
Butow et al. (2017) (Australia) ⁽¹⁶⁾	222 supervivientes al cáncer de mama, colorrectal o melanoma, en estadio I-IV, con tratamiento oncológico completado de 2 a 60 meses antes, mayores de edad, edad media de 52,82 años (DT=10,07).	2 condiciones: experimental (n = 121) y control (n = 101). Ensayo en fase III, controlado aleatorizado no cegado. La asignación aleatoria fue estratificada por terapia, con pacientes asignados en bloques aleatorios de dos y cuatro. Asignación realizada con cegamiento centralizado a la identidad del terapeuta y del participante. Evaluación pre (T0), post (T1) y de seguimiento a los 3 meses (T2) y 6 meses (T3). Análisis de datos mediante t de Student, regresiones	El resultado primario fue la puntuación total del FCRI, mientras que los resultados secundarios fueron la gravedad del FoR, factores desencadenantes, estrategias de afrontamiento y resultados del FoR (subescalas del FCRI), malestar emocional específica del cáncer (IES-Revisada), malestar psicológico (DASS-21), calidad de vida (AQoL8D), las necesidades de información (subescala de información del Survivors Unmet Needs Survey) y metacogniciones (MCQ30).	Intervenciones realizadas por 26 terapeutas, tratando a una media de 15 participantes cada uno (de 1-25). Se utilizó el programa ComputerFear, una intervención manualizada por la cual se enseñan estrategias para controlar la preocupación y el monitoreo de amenazas excesivas, a modificar las creencias inútiles sobre la preocupación y a desarrollar conductas de monitoreo y detección adecuadas, para reducir el riesgo de	Mayor disminución total significativa del FCRI en el grupo experimental frente al control (p < 0,001; d intergrupo = 0,46; d intragrupo = 0,77), disminución significativa con el tiempo con diferencias entre los grupos en T0-T2 (p = 0,017; de inter = 0,33; d intra = 1,0) y T0-T3 (p = 0,018; d inter = 0,39; d intra = 1,15). Mejoras significativas en el grupo experimental en T0-T1 en afrontamiento (p = 0,008), malestar emocional psicológico (p = 0,001), factores desencadenantes (p = 0,007), ansiedad general (p = 0,008), malestar específico del cáncer (p = 0,043),

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Lichtenthal et al. (2017) (EEUU) ⁽¹⁷⁾	110 supervivientes de cáncer de mama en estadio 0-III, edad media 54,85 (DT=8,85), sin antecedentes de recurrencia ni metástasis, y tratamiento oncológico completado como mínimo 3 meses antes del reclutamiento.	lineales univariadas y multivariadas, ecuaciones de estimación generalizadas. Y d de Cohen para el tamaño del efecto.	Evaluación del FoR con el CARS. Creación de un conjunto de estímulos para evaluar el sesgo cognitivo probándolos en un grupo de 10 mujeres con FoR (puntuación superior a 3 en el CARS).	<p>recurrencia, y abordando problemas existentes y promoviendo el establecimiento de metas.</p> <p>El grupo control recibió el programa Taking-It-Easy, una adaptación de un programa de entrenamiento de relajación en el que se incorpora relajación muscular progresiva y pasiva, meditativa, visualización y técnicas de relajación rápida.</p> <p>Las intervenciones se realizaron de forma individual durante 5 sesiones presenciales, de 60-90 minutos de duración durante 10 semanas (una cada dos semanas), añadiendo la práctica en casa.</p>	<p>subescala de hiperactividad ($p = 0,025$), algunos dominios de calidad de vida (puntuación de utilidad: $p = 0,006$; dimensión mental: $p = 0,001$) y algunas creencias metacognitivas (total: $p = 0,042$; necesidad de controlar los pensamientos: $p = 0,004$). En T2 solo se mantuvieron significativas malestar emocional psicológico ($p = 0,001$) y factores desencadenantes ($p = 0,042$), y en T3 se observaron diferencias significativas en malestar emocional psicológico ($p = 0,002$), ansiedad específica del cáncer ($p = 0,028$) y evitación ($p = 0,015$). El grupo de intervención ($p < 0,001$), FCR inicial ($p < 0,001$) y expectativa de tratamiento ($p = 0,03$) fueron predictores significativos de la FCR en T1, T2 y T3.</p> <p>La AIM-FBCR produjo una reducción significativa en la preocupación por la salud ($p = 0,019$), una medida específica del CARS y, por tanto, una dimensión del miedo a la recurrencia del cáncer. La AIM-FBCR fue superior al control en preocupaciones de salud en los dos momentos temporales ($g = 0,35$, $p < 0,10$ en T1; $g = 0,54$, $p < 0,01$ en T2).</p>
	3 condiciones: dos grupos basados en la modificación de la atención e interpretación para el miedo a la recurrencia del cáncer de mama (AIM-Neutral ($n = 38$), AIM-Meaning ($n = 36$)). Y un grupo control ($n = 36$). Medidas pre (T0), post (T1) y de seguimiento a los 3 meses (T2). Análisis de datos realizado mediante ecuaciones de estimación generalizadas, Chi-Cuadrado, Prueba de Fisher, t de Student para muestras independientes y análisis de la covarianza.			<p>Modificación de la atención e interpretación para el miedo a la recurrencia del cáncer de mama (AIM-FBCR) es un programa adaptado del programa AIM originalmente creado para los trastornos de ansiedad. Su objetivo es centrarse en los sesgos atencionales y de interpretación. El AIM-FBCR estaba conformado por 8 sesiones de 30 minutos de duración cada sesión con una frecuencia de 2 veces por semana durante 4 semanas. La AIM-Neutral se centró</p>	

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Van de Wal et al. (2017) (Países Bajos) ⁽¹⁸⁾	88 supervivientes de cáncer de mama, de próstata o colorrectal con tratamiento oncológico finalizado entre 6 y 60 meses antes de participar en el programa (excepto terapia hormonal), edad media de 58,85 años (DT=10,65), con puntuaciones elevadas de FoR y que no hubiesen recibido intervención psicológica o psiquiátrica previamente.	Asignación aleatoria de participantes a los grupos estratificados por el tipo de cáncer diagnosticado a TCC (n = 45) o grupo control (atención habitual, n = 43). Medidas pre (T0) y tras finalizar la intervención a los 3 meses (T1). Análisis de datos mediante t de Student para muestras independientes, X ² , ANCOVA, y tamaño del efecto con d de Cohen.	Evaluación de forma primaria de la gravedad de la FoR mediante la Escala de Preocupación del Cáncer (CWS). Como resultados secundarios se evaluaron los aspectos multidimensionales del FoR mediante el FCRI, malestar emocional específico del cáncer (IES), malestar emocional general (HADS y Termómetro de Malestar Emocional DT), vigilancia corporal (BVS), fatiga (CIS-8R), calidad de vida (EORTC QLQ-C30),	en palabras amenazadoras y neutrales en una tarea de modificación de la atención, mientras que AIM-Meaning se dirigía a analizar si había algún efecto añadido al redirigir la atención hacia un estímulo positivo y significativo para el paciente en la tarea de modificación de la atención. En ambas condiciones, mediante un programa, se reforzaba positivamente a los participantes cuando las pacientes apoyaban interpretaciones positivas y negativamente cuando las pacientes apoyaban interpretaciones amenazantes. En la condición de control se utilizó el mismo procedimiento, pero solo se reforzaba a las pacientes la mitad de las veces.	Reducción significativa del FoR entre ambas medidas mayor en el grupo bCBT que en el control (p < 0,001; d = 0,76). Mejora significativa en el grupo bCBT con respecto al control en las subescalas del FCRI gravedad, factores desencadenantes, malestar emocional y deficiencias funcionales (d = 0,45 - 0,72), nivel global de calidad de vida, funcionamiento emocional y funcionamiento cognitivo (d = 0,64 - 0,73), y en 9 de los 11 índices de apoyo psicosocial

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados	
Burm et al. (2019) (Países Bajos) ⁽¹⁹⁾	88 supervivientes de cáncer de mama, de próstata o colorrectal con tratamiento oncológico finalizado entre 6 y 60 meses antes de participar en el programa (excepto terapia hormonal), edad media de 58,85 años (DT=10,65), con puntuaciones elevadas de FoR y que no hubiesen recibido intervención psicológica o psiquiátrica previamente.	Asignación aleatoria de los participantes a los grupos estratificados por el tipo de cáncer diagnosticado a TCC (n = 45) o grupo control (atención habitual, n = 43). Medidas pre (T0) tras los 3 meses (T1) y de seguimiento a los 9 meses (T2) y a los 15 meses (T3) tras la intervención. Análisis de datos mediante modelo lineal de efectos mixtos. No se aporta tamaño del efecto.	estado de salud (EQ-5D), satisfacción con la vida (Escala de Satisfacción con la Vida SWLS), optimismo (LOT) y apoyo social percibido (SSL-D).	Evaluación de forma primaria de la gravedad de la FoR mediante la Escala de Preocupación del Cáncer (CWS). Como resultados secundarios se evaluaron los aspectos multidimensionales del FoR mediante el FCRI, malestar emocional específico del cáncer (IES), malestar emocional general (HADS y Termómetro de Malestar Emocional DT), fatiga (CIS-8R), calidad de vida (EORTC QLQ-C30), estado de salud (EQ-5D), satisfacción con la vida (Escala de Satisfacción con la Vida SWLS), optimismo (LOT) y apoyo social percibido (SSL-D).	cación, la reestructuración cognitiva y la modificación de conducta. El grupo control no recibió la intervención bCBT, y no obtuvieron restricciones en el apoyo psicosocial durante el programa.	(ansiedad, depresión, malestar emocional general, malestar específico del cáncer, fatiga, vigilancia corporal y estado de salud, $d = 0,47 - 0,74$).
			El programa de TCC binada (bCBT) constó de 5 sesiones individuales presenciales de 1 hora de duración y tres consultas vía online de 15 minutos de duración mediante la utilización de un chat y con acceso a una web, que se sustituyó por consultas telefónicas de 15 minutos junto con un libro de trabajo en aquellos pacientes sin acceso a internet. Se incluyeron en ambas formas de intervención la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la modificación de conducta. El grupo control no recibió la intervención bCBT, y no obtuvieron restricciones en el apoyo psicosocial durante el programa.	Reducción significativa del FoR en el grupo bCBT frente al control en T1 ($p < 0,000$), T2 ($p < 0,000$) y T3 ($p = 0,017$), así como en la severidad e T1 ($p < 0,000$), T2 ($p = 0,000$) y T3 ($p = 0,044$), malestar emocional general en T1 ($p < 0,000$) y T2 ($p = 0,002$), ansiedad en T1 ($p < 0,000$), T2 ($p = 0,002$) y T3 ($p = 0,021$), depresión en T1 ($p = 0,001$) y T2 ($p = 0,030$), malestar emocional específico del cáncer en T1 ($p = 0,003$), fatiga en T1 ($p = 0,001$), calidad de vida global en T1 ($p < 0,000$) y T2 ($p = 0,037$), funcionamiento físico en T1 ($p = 0,036$), funcionamiento de roles en T1 ($p = 0,038$), funcionamiento emocional en T1 y T2 ($p < 0,000$) y T3 ($p = 0,046$), funcionamiento cognitivo en T1 ($p < 0,000$), y funcionamiento social en T1 ($p = 0,042$).		

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Sharpe et al. (2019) (Australia) ⁽²⁰⁾	152 participantes supervivientes de cáncer de mama, colorrectal o melanoma, en estadio I-III, con una edad media de 52,82 años (DT=10,07) con tratamiento oncológico completado antes de la participación en el programa y con FoR elevado.	Asignación aleatoria de los participantes a los grupos (aunque no se determinan el total de participantes en cada grupo). Evaluación pre (T0), post (T1) y de seguimiento a los 3 meses (T2) y 6 meses (T3). Análisis mediante correlaciones bivariadas (Spearman y Pearson) entre covariables y puntuación FCRI, análisis de mediación y moderación mediante el método de Hayes y Preacher y t de Student.	La medida de resultado primaria fue el FoR (evaluado con la puntuación total del FCRI). Las covariables, además de los datos médicos y demográficos, fueron la expectativa del tratamiento (Credibility/Expectancy Questionnaire), ansiedad, depresión y estrés (DASS-21), calidad de vida (AQoL8D) y las necesidades de información insatisfechas (mediante la subescala Información del Survivors Unmet Needs Survey). Como mediadoras y moderadoras se analizaron las intrusiones (IES-R) y las metacogniciones (MCQ-30). También se evaluó la alianza terapéutica (WAI-SR).	Se utilizó el programa ConquerFear, una intervención manualizada por la cual se enseñan estrategias para controlar la preocupación y el monitoreo de amenazas excesivas, a modificar las creencias inútiles sobre la preocupación y a desarrollar conductas de monitoreo y detección adecuadas, educando sobre estrategias para reducir el riesgo de recurrencia, y abordando problemas existenciales y promoviendo el establecimiento de metas. La intervención se realizó de forma individual durante 5 sesiones presenciales, de 60-90 minutos de duración. El grupo control realizó un entrenamiento de relajación durante el mismo tiempo que el grupo experimental, y donde se enseñó relajación muscular progresiva, visualización y relajación rápida, con práctica entre las sesiones.	La edad más joven ($r = -0,299$), el género femenino ($Rho = 0,232$) y la puntuación FCRI basal más elevada ($r = 0,687$) se relacionaron con niveles más altos de FCR en el seguimiento, así como niveles más altos de malestar emocional ($r = 0,499$), más necesidades insatisfechas ($r = 0,341$) y menor calidad de vida ($r = -0,327$), variables que fueron controladas en los análisis de mediación y moderación. No moderaron la eficacia de la intervención el riesgo percibido de recurrencia ($p = 0,0532$), ni las metacogniciones ($p = 0,792$) ni las intrusiones ($p = 0,145$), pero sí lo hizo la puntuación inicial del FCRI, que moderó la eficacia relativa del programa ConquerFear frente al programa de relajación del grupo control ($p = 0,039$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos con puntuaciones FCRI más bajas ($p = 0,745$), pero sí en aquellos con puntuaciones FCRI medias ($p = 0,0033$) y altas ($p = 0,0005$).
AhmadiQaragezlou et al. (2020) (Irán) ⁽²¹⁾	38 supervivientes de cáncer de mama o colorrectal con edad media de 46,4 años (DT=5,2) con tratamiento oncológico completado o en curso, sin experiencia en yoga o meditación y que no hubiesen recibido	Asignación aleatoria de los participantes a los grupos experimental ($n = 19$) y control ($n = 19$). Evaluación pre (T0) y post tras terminar el tratamiento (T1). Análisis de datos mediante ANCOVA. El tamaño del efecto se evaluó con Eta Parcial.	Evaluación del miedo a la recurrencia del cáncer mediante el FCRI.	El grupo experimental recibió un programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR) de 8 sesiones semanales de dos horas de duración cada sesión, en la que se entrenó escaneo corporal,	Disminución significativa en el control en las subescalas del FCRI Factores desencadenantes ($p < 0,001$; $\eta = 0,61$), gravedad ($p < 0,001$); malestar psicológico ($p < 0,001$; $\eta = 0,40$), estrategias de afrontamiento

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Chu et al. (2020) (China) ⁽²²⁾	84 pacientes supervivientes de cáncer de mama que habían pasado previamente por cirugía, sin experiencia previa en mindfulness y sin síntomas físicos o mentales graves, con una puntuación superior en la escala HADS superior o igual a 5 y una edad media de 54,75 años (DT=6,0).	Asignación aleatoria a los grupos experimental (n = 42) y control (n = 42). Evaluaciones pre (T0), a las 8 semanas de tratamiento (T1) y a las 12 semanas de tratamiento (T2). Se analizaron los datos con la prueba t de Student para muestras independientes.	Se evaluó el miedo a la recurrencia con el CARS, concretamente la subescala de miedo a la recurrencia del cáncer general. Se evaluó la fatiga con el BFI, el estado de salud mental con el FACTI-Sp, la calidad de vida con el FACT-G, la capacidad de atención plena con el FFMQ y el malestar psicológico con la escala HADS.	<p>yoga, meditación sentada, meditación caminando, atención plena, habilidades experienciales y estrategias de afrontamiento transformativas de cara a mejorar la resiliencia.</p> <p>El grupo control recibió la atención habitual.</p> <p>El grupo experimental recibió una intervención en MBCT adaptada, durante 8 sesiones semanales de 2 horas por sesión. Se ofreció psicoeducación sobre el sufrimiento en pacientes oncológicos y sobre la MBCT. Se realizaron ejercicios de meditación, psicoeducación basada en la terapia cognitiva y debates entre los participantes. Se ofrecieron a los participantes guías de meditación en formato CD-ROM.</p> <p>El grupo control solo recibió asesoramiento psicológico general y enfermería rutinaria durante el mismo tiempo que el grupo experimental.</p>	<p>(p<0,001, η=0,30), deficiencias funcionales (p<0,001; η=0,63) y seguridad (p0,017, η=0,15).</p> <p>Frente al grupo control, el grupo experimental obtuvo una reducción significativa del malestar psicológico en la medida a las 8 semanas (p=0,008) que se mantuvo a las 12 semanas (p=0,013), y en el FoR a las 8 semanas (p=0,022) que se mantuvo a las 12 semanas (p = 0,024), una mejora en estado de la salud mental a las 8 semanas (p=0,022) y a las 12 semanas (p=0,024), una reducción en la fatiga a las 8 semanas (p=0,040) y a las 12 semanas (p=0,042), una mejora en la calidad de vida a las 8 semanas (p=0,001) y a las 12 semanas (p<0,001) y un aumento en la capacidad de mindfulness a las 8 semanas (p = 0,003) y a las 12 semanas (p < 0,001).</p>

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Johns et al. (2020) (EEUU) ⁽²³⁾	91 pacientes con cáncer de mama (estadio I-III), edad media 58,70 (DT=10,65), sin historia de recurrencia y con intervención oncológica finalizada, excluyendo pacientes con depresión severa.	3 condiciones: intervención en ACT (n = 33), educación sobre supervivencia (n = 32) y atención habitual mejorada (control, n = 26). Medidas pre (T0), post a las 6 semanas (T1), de seguimiento al mes (T2) y de seguimiento a los 6 meses (T3). Análisis de los datos mediante ANCOVA, prueba post-hoc de Tukey-Kramer y modelo lineal general por cada comparación temporal.	FCRI-SF para evaluar FoR. Cuestionario de aceptación y acción del cáncer para evaluar el afrontamiento por evitación relacionado con el cáncer. Cuestionario de salud del paciente para evaluar el malestar emocional psicológico, la IES-R para evaluar el estrés post-traumático y el PROMIS para evaluar la calidad de vida física y psicológica.	El grupo ACT recibió una intervención grupal de ACT de 6 sesiones semanales de 2 horas por sesión ofrecidas por experto en terapias de tercera generación, con la intención de aumentar el afrontamiento al miedo a la recurrencia del cáncer mediante la aceptación, la atención plena y la defusión cognitiva. En el grupo que recibió la educación sobre supervivencia se realizaron 6 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una, en formato grupal; este tipo de intervención se utilizó como un comparativo activo, y en ella se trabajaron temas como el manejo de los síntomas, la actividad física, el peso corporal y planes de atención de supervivencia, además de debates didácticos con trabajadores sociales expertos en oncología. El grupo que recibió la atención habitual mejorada recibió la atención estándar ofrecida frecuentemente en sus centros hospitalarios, y se le añadió un folleto donde se detallaban estrategias para sobrelevar los cambios físicos y psicosociales tras la enfermedad, también recibieron una sesión grupal de entrenamiento de 30 minutos de	Reducciones significativas de FoR en el grupo ACT tanto en la comparación T0-T1 ($p<0,001$) como en la comparación T0-T2 ($p<0,001$) como en la T0-T3 ($p<0,001$). En el grupo que recibió educación sobre supervivencia de encontraron reducciones significativas de FoR solo en la comparación T0-T3 ($p<0,01$) y en el grupo que recibió la atención habitual mejorada se encontraron reducciones significativas de FoR en T0-T2 ($p<0,01$) y T0-T3 ($p<0,001$). ACT resultó superior a educación sobre supervivencia en T0-T1 ($d=0,68$, $p<0,05$) y T0-T3 ($d=0,80$, $p<0,001$) y superior a atención habitual mejorada en T0-T3 ($d=0,61$, $p<0,01$). Mejoras significativas de la ACT en las distintas comparaciones en malestar emocional psicológico, aceptación y acción del cáncer, calidad de vida física ($p<0,001$), estrés posttraumático, ansiedad generalizada, calidad de vida psicológica ($p<0,001$ en T0-T2 y T0-T3, $p<0,01$ en T0-T1).

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Park et al. (2020) (Japón) ⁽²⁴⁾	74 pacientes ambulatorios de cáncer de mama en estadio I-III, edad media de 53,7 años (DT=8,835), sin otra alteración psiquiátrica ni práctica previa en mindfulness.	2 condiciones: grupo experimental (intervención MBCT, n = 38) o grupo control (lista de espera, n = 36). Evaluación pre (T0), a las 8 semanas (T1) y a las 12 semanas (T2). Análisis de datos mediante modelo lineal mixto y medida del tamaño del efecto con d de Cohen.	Resultados primarios fueron malestar emocional psicológico (evaluado por el HADS). Resultados secundarios fueron FoR (CARS), fatiga (BFI), bienestar espiritual (FACIT-Sp), calidad de vida (Functional Assessment of Cancer Therapy General) y habilidades de atención plena (Five Facet Mindfulness Questionnaire).	Intervención mediante un programa MBCT de 8 semanas, con 2 horas por semana, y de tipo grupal. Se realizaron unas ligeras modificaciones para adaptarlo a pacientes con cáncer de mama (por ejemplo, se eliminó la sesión de retiro y se añadió psicoeducación sobre el malestar emocional en pacientes oncológicos y en la segunda medida post para esto).	Reducciones significativas en malestar emocional psicológico (p<0,001, d=1,17), FoR (p=0,033, d=0,43), fatiga (p=0,001, d=0,66), bienestar espiritual (p<0,001, d=0,91) calidad de vida (p<0,001, d=0,79) y habilidades de atención plena (p<0,001, d=0,82). Las diferencias siguieron siendo significativas en la segunda medida post en el malestar emocional psicológico (p<0,001, d=1,03), FoR (p=0,004, d=0,59), fatiga (p=0,004, d=0,58), bienestar espiritual (p<0,001, d=0,82), calidad de vida (p<0,001, d=0,78), y habilidades de atención plena (p<0,001, d=1,09).
Tauber et al. (2020) (Dinamarca) ⁽²⁵⁾	27 pacientes supervivientes de cáncer de mama, edad media 52,1 (DT=13,1), con tratamiento oncológico principal finalizado como mínimo 3 meses antes, sin recurrencia ni otra alteración psiquiátrica.	2 condiciones: experimental (grupo que recibió el ConquerFear) y control activo (recibieron instrucciones de relajación muscular progresiva). Evaluaciones pre (T0), post (T1) y de seguimiento a los 3 (T2) y 6 meses (T3) tras la intervención. Análisis de datos mediante ANOVA mixto y análisis del tamaño del efecto con g de Hedges.	El FoR se evaluó mediante el FCRI. El malestar emocional general (depresión, ansiedad y estrés) se evaluó mediante el DASS-21 y la calidad de vida se evaluó mediante la subescala de estado de salud global del EORTC-QLQ-C30. Las metacogniciones se evaluaron mediante el MCQ-30, y la capacidad de descentra-	El programa ConquerFear se trata de un programa manualizado de seis sesiones, la primera tiene hora y media de duración y es individual, mientras que las otras cinco sesiones son grupales de 2 horas de duración cada sesión. Las sesiones se acompañan de lecturas (psicoeducación sobre las habilidades enseñadas en las	Se observaron reducciones significativas en el FoR en comparación con el control en T1 (p=0,004, g=0,59), T2 (p=0,026, g=0,50) y T3 (p=0,043, g=0,93). Reducción significativa en T1 de la severidad del FoR (p=0,017, g=0,66) pero no en T2 (p=0,076) ni en T3 (p=0,086). Sin diferencias significativas en las

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Van Helmond et al. (2020) (Países Bajos) ⁽²⁶⁾	262 pacientes supervivientes de cáncer de mama (diagnóstico desde hace 1-5 años antes del estudio), sin recurrencia ni metástasis. Edad media 55,8 (DT=9,9).	Grupo experimental (n = 130) y grupo control (atención habitual, n = 132). Medidas pre (T0), post a los 3 meses (T1) y de seguimiento a los 9 meses (T2). Análisis mediante prueba X^2 , t de Student para muestras independientes y modelo de curva de crecimiento latente.	FCRI-SF-NL (subescala de gravedad del inventario de miedo de recurrencia al cáncer), FCRI-NL (para evaluar estrategias de afrontamiento, alteraciones del funcionamiento y malestar emocional psicológico), cuestionario de 15 ítems creado por los autores para evaluar la autoeficacia, y PDQ-BC para evaluar los problemas psicosociales y los factores de riesgo.	Less Fear After Cancer: Programa de autoayuda online y personalizado basado en la terapia cognitivo-conductual. Se compone de dos módulos básicos (psicoeducación sobre el miedo a la recurrencia del cáncer y sobre los principios básicos de la TCC) y cuatro módulos adicionales (cómo detener las rumiaciones, plan de acción de cara a cuando surja este miedo a la recurrencia, audios con prácticas de relajación y cómo y cuándo buscar tranquilidad). El grupo experimental también recibió la atención habitual en su centro hospitalario además de este programa, mientras que el grupo control sólo recibió la atención habitual.	puntuaciones del DASS-21 (T1: p=0,271, T2: p=0,119, T3: p=0,181), EORTC-QLQ-C30 (T1: p=0,863, T2: p=0,998, T3: p=0,991), MCQ-30 (T1: p=0,055, T2: p=0,055, T3: p=0,057), EQ (T1: p=0,518, T2: p=0,758, T3: p=0,877), PSWQ (T1: p=0,567, T2: p=0,951, T3: p=0,979).

No se observa efecto alguno del programa de intervención sobre el miedo a la recurrencia del cáncer a lo largo del tiempo ($X^2_{(1)}=0,23$, p=0,63). No se aportan datos del tamaño del efecto.

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Wagner et al. (2021) (EEUU) ⁽²⁷⁾	196 pacientes con cáncer de mama, edad media 54,7 (DT=9,8), con tratamiento oncológico primario finalizado, sin recurrencia ni metástasis.	3 condiciones de habilidades cognitivo-conductuales (relajación, reestructuración cognitiva, práctica de preocupación; n = 98) frente a la condición de control (contenido de gestión de la salud, n = 98, teniendo un grupo control por cada componente de la TCC: relajación, reestructuración cognitiva y práctica de preocupación) y al telecoaching (n = 97) frente al no telecoaching (n = 99). Evaluaciones pre (T0), post a las 4 semanas de la primera sesión (T1) y de seguimiento a las 4 semanas de finalizar la intervención (T2). Análisis de datos mediante prueba X ² , t de Student para muestras independientes, t de Student para muestras relacionadas, análisis de la covarianza y modelo mixto de efectos aleatorios y de efectos fijos.	El FoR se evaluó de forma primaria mediante el FCRI y de forma secundaria con el CARS. Se evaluó el malestar específico por el cáncer mediante la IES-R, y la ansiedad, depresión, fatiga, sueño, problemas cognitivos y calidad de vida relacionada con la salud mediante el PROMIS, y autoeficacia para el manejo del cáncer de mama mediante el BCSE.	El programa FoRtitude es un programa de intervención online basado en la terapia cognitivo-conductiva, contenido psicoeducativo, herramientas interactivas y un servicio de mensajería; este programa fue utilizado durante 4 semanas. El servicio de telecoaching se compuso de cuatro entrevistas motivacionales vía telefónica con la intención de aumentar la adherencia a la utilización del programa FoRtitude.	En el FCRI: El 53% de las sobrevivientes mejoraron significativamente de T0 a T2; el 48,1% permanecieron estables; el 5,2% (diferencia clínica mínima=8,9 puntos). Los tamaños del efecto para la disminución de T0 a T2 van de -0,35 a -0,69. Las puntuaciones FCRI disminuyeron de T0=53,1, DT=17,4 a T2=41,9, DT=16,2, p<0,001). No había diferencia entre las técnicas cognitivas conductuales y el control. El telecoaching se asoció a una menor abandono y un mayor uso del sitio web.
Lee et al. (2022) (Corea del Sur) ⁽²⁸⁾	322 pacientes sobrevivientes de cáncer de mama con edades iguales o superiores a 21 años. La media de edad 56,6 años (DT=9,7). Completaron el tratamiento para el cáncer de mama de etapa 0 a III en un período	Estudio aleatorio con asignación a dos grupos: Intervención MBSR (BC); Los participantes asignados al grupo de MBSR (BC) asistieron a sesiones semanales de 2 horas durante 6 semanas. Estas sesiones fueron dirigidas por un psicólogo clínico capacitado en	Inventario Breve del Dolor (IBD) Inventario de Síntomas de Fatiga (ISF) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Asignación aleatoria de un total de 322 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama a dos grupos: uno recibió un programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR, por sus siglas en inglés) de 6 semanas (n = 155), y el otro grupo recibió	Los resultados con relación a los efectos de MBSR (BC) en diferentes medidas de resultados psicológicos y de calidad de vida: Depresión (CES-D): Línea de base (T1): GE= 10,87, GC= 10,04 Semana 6 (T2): GE: 8,12, GC: 8,82 Semana 12 (T3): GE= 8,66, GC: 8,95. No se encontraron

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados	
Merckaert et al. (2023) (Bélgica) ⁽²⁹⁾	120 pacientes con cáncer de mama no metastásico al final de la radioterapia (supervivencia temprana) mujeres edad ≥ 18 años.	de 2 semanas a 2 años antes del estudio. Se excluyeron del estudio, diagnóstico de cáncer de mama en etapa IV, trastornos mentales graves y/o recurrencia del cáncer de mama.	MBSR y se proporcionaron manuales de capacitación y CD para guiar la práctica en casa. El programa MBSR (BC) se adaptó específicamente para abordar las necesidades de las sobrevivientes de cáncer de mama y constó de materiales educativos, prácticas meditativas y procesos grupales. Grupo de atención habitual (UC): Los participantes asignados a este grupo recibieron visitas clínicas estándar posteriores al tratamiento.	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo-Estado (STAI-E) Escala de Estrés Percibido (PSS) Escala de Preocupaciones sobre la Recurrencia (FCRW) Formulario Abreviado del Estudio de Resultados Médicos (SF-36)	atención habitual (n = 167). Se evaluaron los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés y miedo a las físicas (fatiga y dolor) y la recurrencia), los síntomas físicos (fatiga y dolor) y la calidad de vida relacionada con la salud al inicio del estudio, así como a las 6 y 12 semanas. Se utilizaron modelos mixtos lineales para analizar los efectos del programa MBSR a lo largo del tiempo. Además, se investigó si las características iniciales de los participantes moderaron los efectos del programa MBSR.	diferencias significativas entre los grupos ($p=0,06$) Ansiedad (STAI-S): Línea de base (T1): GE=38,62, GC= 35,86 Semana 6 (T2): GE= 30,62, GC: 31,76 Semana 12 (T3): GE=31,82, GC=32,99 reducción significativa de la ansiedad en GE en comparación con el GC ($p=0,007$). Preocupaciones generales sobre la recurrencia (CARS): Línea de base (T1): GE=12,29, GC= 10,75
		Estudio aleatorizado de asignación cruzada de dos brazos. Asignación aleatoria a dos grupos: el grupo de intervención inmediata (n = 61), donde recibieron la intervención de forma inmediata, o el grupo de intervención tardía (n = 59), donde recibieron la intervención 5 meses después. Se evaluaron los síntomas psicológicos, como la ansiedad, los síntomas depresivos, la angustia emocional, el miedo a la recurrencia del cáncer (FCR), la preocupación y los pensamientos intrusivos, mediante cuestionarios. La regulación emocional se evaluó tanto en una tarea de	Cuestionarios para evaluar síntomas psicológicos: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para ansiedad, síntomas depresivos y angustia emocional; Inventario de Miedo a la Recurrencia del Cáncer - Forma Corta (FCRI-SF) para miedo a la reaparición del cáncer; Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) para preocupación; Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI) para pensamientos intrusivos.	La intervención se realizó con 2 psicólogos clínicos, consistió en ocho sesiones de grupo de 2,5 horas con refuerzo ecológico. El refuerzo ecológico, a través de una aplicación informática, se inició después de la primera sesión de grupo y se mantuvo hasta la última sesión. Durante las sesiones, se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales, hipnosis y psicología positiva para abordar la regulación de las emociones y la autorregulación. Los pacientes recibieron grabaciones de los ejercicios de hipnosis practicados en sesión. Se proporcionó un manual del paciente y se realizó	Los resultados del estudio describieron los siguientes efectos en las variables del estudio: Preocupación y Pensamientos Intrusivos: Se observó un efecto significativo del tratamiento en la reducción de la preocupación (PSWQ, $\beta=-4,50$; $p=0,014$) y los pensamientos intrusivos (WBSI- $\beta=-2,29$, $p=0,003$) entre el inicio del estudio (T1) y la evaluación posterior (T2). Intensidad y Frecuencia de las Emociones Negativas: En el grupo de intervención inmediata, se encontró una disminución significativa en la intensidad de las emociones negativas entre T1 y T2 ($d=-0,38$; $p=0,009$). Asimismo, se observaron mejoras	

Autores, Año y País	Muestra	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
	<p>regulación emocional dinámica como en la vida cotidiana. Las evaluaciones se llevaron a cabo al inicio del estudio (T1), a los 5 meses (T2) y a los 10 meses (T3) posteriormente.</p>		<p>un seguimiento individualizado para garantizar la fidelidad al protocolo de intervención. Se promovió la autoconciencia, la atención a estímulos positivos y el desarrollo de estrategias de regulación emocional en la vida cotidiana a través de la aplicación. La intervención también se centró en la regulación de las emociones relacionadas con el cáncer y en el desarrollo de habilidades de autorregulación.</p>	<p>significativas en la frecuencia ($\beta=-28,99$, $p=0,006$) e intensidad ($\beta=-0,49$, $p=0,008$) de las emociones negativas entre T1 y T2 en dicho grupo. Frecuencia de las Emociones Positivas: En el grupo de intervención inmediata, se evidenció un aumento significativo en la frecuencia de las emociones positivas entre T1 y T2 ($\beta=29,11$, $p=0,028$). Semana 6 (T2): GE=9,77, GC=9,85 Semana 12 (T3): GE=9,25, GC=9,61 reducción significativa en las preocupaciones generales sobre la recurrencia en el GE ($p=0,001$) Problemas relacionados con la recurrencia (CARS): Línea de base (T1): GE=39,43, GC: 31,84 Semana 6 (T2): GE=28,51, GC= 29,87 Semana 12 (T3): GE=28,36, GC: 28,01 reducción significativa en los problemas relacionados con la recurrencia en el GE en comparación con el GC ($p=0,001$) Calidad de vida (salud general, MOS SF-36): Línea de base (T1): GE= 62,63, GC=66,29 Semana 6 (T2): GE= 67,93, GC= 68,28 Semana 12 (T3): GE=68,76, GC=67,85 No se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida (salud general) entre los grupos ($p=0,05$).</p>

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Akechi et al. (2023) (Japón) ⁽³⁰⁾	447 pacientes de cáncer de mama supervivientes sin enfermedad activa.	Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de la terapia de resolución de problemas con teléfonos inteligentes y las aplicaciones de activación conductual. GI incluyó a 223 participantes y el GC a 224 participantes. GI: terapia de resolución de problemas con teléfonos inteligentes y aplicaciones de activación conductual. GC: lista de espera con acceso a aplicaciones de teléfonos inteligentes durante semanas 8-24.	Escala de preocupaciones sobre la recurrencia. Utilizada como criterio principal de valoración en la semana 8. Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form (FCRI-SF): Utilizado como resultado secundario. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Empleada como resultado secundario. Encuesta de necesidades de atención y apoyo en formato breve (SCNS-SF34): Utilizada como resultado secundario. Inventario de Crecimiento Posttraumático: Utilizado como resultado secundario en las semanas 8 y 24.	GI incluyó a 223 participantes y el GC a 224 participantes. El grupo de intervención (GI) incluyó a 223 participantes, mientras que el grupo de control (GC) incluyó a 224 participantes. Intervención basada en teléfonos inteligentes con un GC en lista de espera. Ambos grupos recibieron el tratamiento habitual, pero el grupo de control tuvo acceso a aplicaciones de teléfonos inteligentes durante las semanas 8-24. La intervención consistió en terapia de resolución de problemas utilizando teléfonos inteligentes y aplicaciones de activación conductual.	Se obtuvieron datos de resultados primarios para un total de 444 participantes, y de ellos, 213 participantes en el brazo de intervención completaron la evaluación en la semana 24. En la semana 8, se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del GI en varios aspectos. Hubo una diferencia significativa en la Escala de Preocupaciones sobre la Recurrencia, con una disminución de -1,39 (IC95%=-1,93 a -0,85; $p<0,001$). Diferencias significativas en el Inventario de Recurrencia del Miedo al Cáncer en Formato Breve (FCRI-SF), con una disminución de -1,65 (IC95%=-2,41 a -0,89; $p<0,001$), en la sub-escala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), con una disminución de -0,49 (IC95%=-0,98 a 0; $p<0,05$), y en el dominio psicológico del SCNS-SF34, con una disminución de -1,49 (IC95%=-2,67 a -0,32; $p<0,05$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la semana 24 en comparación con la semana 8, aunque se encontró una reducción significativa en la puntuación de depresión medida por la HADS en la semana 24 ($p=0,05$).

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Akkol-Solakoglu y Hevey (2023) (Irlanda) ⁽³¹⁾	76 pacientes de cáncer de mama, edad media 49,30 años (DT=9,66) que habían finalizado el tratamiento principal del cáncer y cumplían con requisitos como el uso de Internet y habilidades básicas de lectura y escritura en inglés.	Ensayo clínico aleatorizado piloto de dos brazos para comparar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en línea (iCBT) con el tratamiento habitual (TAU). La muestra se reclutó de forma online entre octubre de 2020 y mayo de 2021 a través de listas de correo electrónico de organizaciones benéficas dedicadas al cáncer y plataformas de redes sociales en Irlanda y el Reino Unido, como Facebook, Twitter y LinkedIn. Se utilizó un enlace proporcionado por la plataforma Qualtrics para brindar a los participantes información detallada sobre el estudio. Los participantes fueron evaluados por ellos mismos, y su elegibilidad fue determinada en función de sus respuestas. La aleatorización de los participantes fue llevada a cabo automáticamente por Qualtrics.	Cuestionario Sociodemográfico y de Historia Clínica. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): Se utilizó la sub-escala de puntuación total (HADS-T) y las subescalas de depresión (HADS-D) y ansiedad (HADS-A) para medir los síntomas de ansiedad y depresión. Cuestionario básico de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC-QLQ Escala de preocupación por el cáncer de mama (CWS): Se empleó la versión de seis elementos de esta escala para medir las preocupaciones relacionadas con la recurrencia del cáncer de mama y su impacto en el funcionamiento diario. Orientación de Afrontamiento Breve a los Problemas Encontrados (COPE Breve): Se utilizaron dos dimensiones de esta escala, afrontamiento activo y evitativo, para evaluar las estrategias de afrontamiento del cáncer de mama.	76 participantes fueron asignados al azar a iCBT ($n = 53$) o TAU ($n = 23$). La respuesta de la investigación fue alta. De los 49 participantes de iCBT, 38 (77,6 %) completaron la intervención posterior y 30 (61,2 %) completaron los cuestionarios de seguimiento. De los 23 participantes de TAU, 19 (82,6%) completaron los cuestionarios posteriores a la intervención y 17 (73,9%) completaron los cuestionarios de seguimiento.	Se encontraron interacciones significativas grupo por tiempo para las puntuaciones de HADS-T ($F_{(2,170)} = 3,81, p < 0,05$) y HADS-A ($F_{(2,170)} = 3,37, p < 0,05$), pero no para HADS-D ($F_{(2,170)} = 3,81, p = 0,078$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de HADS-T, HADS-A y HADS-D entre el grupo iCBT y el grupo TAU después de la intervención. Sin embargo, se observaron diferencias grandes y significativas entre los grupos a los 2 meses de seguimiento para HADS-T ($g = -0,94$), HADS-A ($g = -0,76$) y HADS-D ($g = -0,96$). El grupo iCBT mostró reducciones significativas y moderadas en las puntuaciones de HADS-T, HADS-A y HADS-D desde el inicio hasta después de la intervención, y grandes reducciones desde el inicio hasta el seguimiento. En el seguimiento a los 2 meses, el 61,1% de los participantes en iCBT logró una recuperación confiable del distress, mientras que solo el 16,7% de los participantes en TAU lo logró. El compromiso con el programa iCBT fue alto, con los sobrevivientes iniciando sesión aproximadamente 16 veces en promedio y pasando alrededor de 4 horas y 20 minutos en total.

Autores, Año y País	Muestra	Método	Instrumentos	Tratamiento	Resultados
Maheu et al. (2023) ⁽³²⁾	144 pacientes de cáncer de mama, 48% en estadio II. Setenta y dos participantes asignados a cada grupo de tratamiento (FORT y LWWC). Edad media 55,6 años (DT=10.5)	Diseño de ensayo controlado aleatorio con placebo, simple ciego. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos de tratamiento: terapia del miedo a la recurrencia (FORT) o living well with cancer (LWWC). Se realizaron evaluaciones en varios puntos temporales, incluyendo al inicio del estudio (T1), después del tratamiento (T2), y a los 3 meses (T3) y 6 meses (T4) posteriores al tratamiento.	Inventario de Recurrencia del Cáncer (FCRI). Cuestionario de Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ). Cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC-QLQ-C30).	Se comparó la eficacia de la terapia cognitivo-existencial para el miedo a la recurrencia (FORT) con un grupo de control de atención con placebo (living well with cancer [LWWC]) en la reducción del miedo a la recurrencia (FCR).	Los participantes del grupo FORT (GI) experimentaron reducciones significativamente mayores en la puntuación total de FCRI desde T1 a T2, con una diferencia entre grupos de -9,48 puntos (p=0,0393), lo que indica un efecto medio (d de Cohen) de -0,530. Esta diferencia se mantuvo en T3 (p=0,0330), pero ya no fue significativa en T4. En cuanto a los resultados secundarios, se observaron mejoras a favor de FORT en diferentes factores, incluyendo desecadenantes de FCRI (p=0,0208), afrontamiento de FCRI (p =0,0351), evitación cognitiva (p=0,0155), necesidad de tranquilidad por parte de los médicos (p=0,0117) y calidad de vida (salud mental; p=0,0147).

Lista de Abreviaturas

Instrumentos:

AQoL8D: Assessment of Quality of Life - 8 Dimensions; **BVS:** Body Vigilance Scale; **BFI:** Brief Fatigue Inventory; **BCSE:** Breast Cancer Self-Efficacy Scale; **CARS:** Concerns About Recurrence Scale; **CWS:** Cancer Worry Scale; **CIS-8R:** Checklist Individual Strength-8R; **DASS-21:** Depression Anxiety Stress Scales-21; **DT:** Distress Thermometer; **EORT QLQ-C30:** European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30; **EQ:** Experiences Questionnaire; **EQ-5D:** European Quality of Life - 5 Dimensions; **FACIT-Sp:** Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale; **FACT-G:** Functional Assessment of Cancer Therapy-General; **FCRI:** Fear of Cancer Recurrence Inventory - Short Form; **FCRI-NL:** Fear of Cancer Recurrence Inventory - Deutsch Version; **FCRI-SF-NL:** Fear of Cancer Recurrence Inventory - Short Form - Deutsch Version; **FFMQ:** Five Facet Mindfulness Questionnaire; **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale; **IES:** The Impact of Event Scales - Revised; **LOT:** Life Orientation Test; **MCQ30:** Meta-Cognitions Questionnaire 30; **PANAS:** Positive and Negative Affect Schedule; **PDQ-BC:** Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer; **PSWQ:** Penn State Worry Questionnaire; **SSL-D:** Social Support List-Discrepancies; **WAI-SR:** Working Alliance Inventory-Short Revised.

Otras Abreviaturas:

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso; **ForR:** Fear of Recurrence/Miedo a la Recurrencia del Cáncer; **TCC:** Terapia Cognitivo-Conductual.

Tabla 2. Evaluación de la Calidad y del Riesgo de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática, según los Indicadores Cochrane para Revisiones Sistemáticas (Versión 6.0)⁽³³⁾.

	Generación Aleatoria de la Secuencia (Sesgo de Selección)	Ocultación de la Asignación (Sesgo de Selección)	Cegamiento de los Participantes y del Personal (Sesgo de Realización)	Cegamiento de la Evaluación de los Resultados (Sesgo de Detección)	Datos de Resultados Incompletos (Sesgo de Abandono)	Notificación Selectiva de los Resultados (Sesgo de Informes)
Otto et al. (2016) ⁽¹⁵⁾	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Buttow et al. (2017) ⁽¹⁶⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Lichtenthal et al. (2017) ⁽¹⁷⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Van de Wal et al. (2017) ⁽¹⁸⁾	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	RIESGO ALTO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Burm et al. (2019) ⁽¹⁹⁾	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	RIESGO ALTO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Sharpe et al. (2019) ⁽²⁰⁾	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
AhmadiQaragezlou et al. (2020) ⁽²¹⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO
Chu et al. (2020) ⁽²²⁾	POCO CLARO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO
Johns et al. (2020) ⁽²³⁾	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO
Park et al. (2020) ⁽²⁴⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Tauber et al. (2020) ⁽²⁵⁾	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	RIESGO ALTO	BAJO RIESGO
Van Helmond et al. (2020) ⁽²⁶⁾	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Wagner et al. (2021) ⁽²⁷⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	POCO CLARO	BAJO RIESGO
Lee et al. (2022) ⁽²⁸⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	RIESGO ALTO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Akechi et al. (2023) ⁽³⁰⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO
Akkol-Solakoglu y Hevey (2023) ⁽³¹⁾	BAJO RIESGO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Maheu et al. (2023) ⁽³²⁾	POCO CLARO	POCO CLARO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO
Mercckaert et al. . (2023) ⁽²⁹⁾	POCO CLARO	POCO CLARO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	BAJO RIESGO	BAJO RIESGO

Tabla 3. Resumen de la Calidad y del Riesgo de Sesgo de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática, según los Indicadores Cochrane para Revisiones Sistemáticas (Versión 6.0).

	Bajo Riesgo	Riesgo Poco Claro	Alto Riesgo
Generación Aleatoria de la Secuencia (Sesgo de Selección)	11 (61,1%)	7 (38,9%)	0 (0%)
Ocultación de la Asignación (Sesgo de Selección)	3 (16,7%)	14 (77,8%)	1 (5,5%)
Cegamiento de los Participantes y del Personal (Sesgo de Realización)	4 (22,2%)	10 (55,6%)	4 (22,2%)
Cegamiento de la Evaluación de los Resultados (Sesgo de Detección)	3 (16,7%)	12 (66,7%)	3 (16,6%)
Datos de Resultados Incompletos (Sesgo de Abandono)	12 (66,7%)	4 (22,2%)	2 (11,1%)
Notificación Selectiva de los Resulta- dos (Sesgo de Informes)	17 (94,4%)	0 (0%)	1 (5,6%)

El tamaño de las muestras de los estudios revisados rondó desde los 27 hasta los 262 participantes, alcanzando un tamaño muestral total de esta revisión de 2.608 supervivientes de cáncer, principalmente de mama, pero también colorrectal, de próstata y de melanoma. Cabe destacar que varios estudios utilizan muestras pequeñas y, por tanto, podrían estar sesgadas de cara a la representatividad^(15,19,21-26,31)

Los instrumentos más frecuentemente utilizados en los trabajos revisados para evaluar el miedo a la recurrencia del cáncer de mama fueron el CARS^(15,17,22,24,27,31) el FCRI^(16,20,21,23,25-29,32) y el CWS^(18,19,30). Estos instrumentos han sido validados y demuestran sólidas propiedades psicométricas. Es importante señalar que en los estudios revisados se emplearon adaptaciones específicas de cada país para su aplicación.

Como se puede observar en las Tablas 2 y 3 sobre el análisis de la calidad y riesgo de sesgo, existe falta de información sobre los procesos de cegamiento y ocultación de la asignación en la mayoría de los estudios, por lo que hay que tener en cuenta el posible sesgo de selección, realización y detección. Se encuentra diversidad en las medidas de seguimiento, observando que la mayoría de los estudios revisados optaron por evaluar los efectos a largo plazo de la intervención con medidas de seguimiento en un mes⁽²⁷⁾, en dos meses⁽³¹⁾, en tres meses^(15,17,22,24,28), en seis meses^(16,20,23,25,32), en nueve meses⁽²⁶⁾, en diez meses⁽²⁹⁾ y en 15 meses⁽¹⁹⁾. El resto no tomaron medidas de seguimiento^(18,21,30). Los grupos control consistieron en la descripción de actividades realizadas en las semanas anteriores⁽¹⁵⁾, relajación^(16,20, 25), tareas menos reforzadas que en el grupo experimental^(17,30), apoyo psicosocial^(18,19,32), atención habitual^(21,26,28,31) y atención habitual mejorada⁽²³⁾, asesoramiento psicológico general⁽²²⁾, gestión de salud⁽²⁷⁾ y lista de espera^(24,29). En cuanto al número de pérdidas, estas fueron bajas en la mayoría de los resultados. La tasa de pérdidas fue del 4,48% (10 pérdidas de 223 participantes iniciales) en el estudio de Akechi et al. (2023)⁽³⁰⁾, 5,71% (4 pérdidas de los 74 participantes iniciales) en el estudio de Park et al. (2020)⁽²⁴⁾, 6,59% (6 pérdidas de 91 participantes) en el estudio de Johns et al. (2020)⁽²³⁾, 6,82% (6 pérdidas de 88 participantes) en el estudio de Van de Wal et al. (2017)⁽¹⁸⁾, 10,00% (6 pérdidas de 60) en el estudio de Lee et al. (2022)⁽²⁸⁾, 17,91% (12 pérdidas de 67 participantes) en el estudio de Otto et al. (2016)⁽¹⁵⁾, 22,22% (6 pérdidas de 27 participantes) en el estudio de Tauber et al. (2020)⁽²⁵⁾, 22,95% (45 pérdidas de 196 participantes) en el estudio de Wagner et al. (2021)⁽²⁷⁾, 23,17% (38 pérdidas de 164 participantes) en el estudio de Maheu et al. (2023)⁽³²⁾, 23,86% (21 pérdidas de 88 participantes) en el estudio de Burm et al. (2019)⁽¹⁹⁾, 24,17% (29 pérdidas de 120 participantes) en el estudio de Merckaert et al. (2023)⁽²⁹⁾, 24,43% (64 pérdidas de 262 participantes) en el estudio Van Helmond et al. (2020)⁽²⁶⁾, 31,53% (70 pérdidas de 222 participantes) en los estudios de Butow et al. (2017)⁽¹⁶⁾ y Sharpe et al. (2019)⁽²⁰⁾, 31,82% (35 pérdidas de 110 participantes) en el estudio de Lichtenthal et al. (2017)⁽¹⁷⁾, 34,72% (25 pérdidas de 72 participantes) en el estudio de Akkol-Solakoglu y Hevey (2023)⁽³¹⁾, y 65,45% (72 pérdidas de 110 participantes) en el estudio de AhmadiQaragezlou et al. (2020)⁽²¹⁾. El resto de los estudios (Chu et al., 2020)⁽²²⁾ no aportan esta información.

Las modalidades fueron principalmente presenciales^(16,20-25,29,32), aunque tres estudios utilizaron también un formato mixto^(18,19,29), y los programas fueron aplicados por psicoterapeutas especializados e instruidos en el programa que se aplicase.

Al analizar los datos de los 18 estudios revisados, expuestos en la Tabla 1, se observa una diversidad de intervenciones utilizadas para abordar el miedo a la recurrencia del cáncer en supervivientes de cáncer de mama. Estas intervenciones

incluyen modalidades como la terapia basada en la atención plena (MBSR), la terapia cognitivo-conductual (TCC), las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), así como la terapia de resolución de problemas con teléfonos inteligentes y aplicaciones de activación conductual y programas basados en *mindfulness*.

Es importante destacar que cada estudio utilizó instrumentos de evaluación específicos para medir el miedo a la recurrencia, lo cual puede influir en los resultados encontrados. Estos resultados diversos pueden atribuirse a las diferentes corrientes teóricas en las que se sustentan las intervenciones, al formato de aplicación de estas (individual o grupal, presencial, en línea o combinado) y a la variabilidad de los instrumentos utilizados para evaluar el miedo a la recurrencia.

Entre los trabajos revisados, solo uno se aleja de la corriente de la TCC y las terapias de tercera generación, concretamente el trabajo de Otto et al. (2016)⁽¹⁵⁾, el cual utiliza como base de la intervención la terapia narrativa, centrándose en la escritura semanal vía online de cartas en las que se expresase gratitud hacia una persona que eligiesen los participantes. Esta intervención no resultó eficaz para disminuir el miedo a la recurrencia del cáncer en general, solo consiguió la disminución de la preocupación por la muerte (una dimensión del miedo a la recurrencia del cáncer). Sin embargo, cabe destacar que los autores no ofrecen ninguna teoría sobre la falta de eficacia observada en lo referente al miedo a la recurrencia, señalando solamente que las mujeres seleccionadas para este estudio hacía más de 4 años que habían sido intervenidas quirúrgicamente y que esta intervención podría tener más efectos cuando la terapia coadyuvante aún no hubiese finalizado (qué es cuando las puntuaciones de miedo a la recurrencia podrían ser más altas), pudiendo desprenderse de esta reflexión que las participantes de este estudio ya habían finalizado la terapia coadyuvante y de ahí la falta de resultados significativos. A pesar de esta suposición, lo cierto es que ocho participantes habían sufrido recurrencia de su cáncer de mama y a nueve se les había diagnosticado otro tipo de cáncer más además del de mama tras su diagnóstico, por lo que es muy probable que simplemente la terapia narrativa de gratitud no sea eficaz en el miedo a la recurrencia al no trabajar los componentes atencionales como sí hacen otras intervenciones.

Con respecto a las terapias de tercera generación se encuentran resultados prometedores. En el programa llevado a cabo por AhmadiQaragezlou et al. (2020)⁽²¹⁾ se utilizó una intervención basada en *mindfulness*, en concreto el programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR) en el que se utilizaron diversas técnicas como el yoga, la meditación, la atención plena y el incremento de la resiliencia mediante estrategias transformacionales de afrontamiento, logrando una mejora significativa en varias dimensiones del miedo a la recurrencia del cáncer (factores desencadenantes, gravedad del miedo a la recurrencia, malestar psicológico, estrategias de afrontamiento, deficiencias funcionales y seguridad). La intervención MBSR además permite una reducción de los síntomas físicos asociados a la enfermedad oncológica y a su tratamiento, los cuales son uno de los principales desencadenantes del miedo a la recurrencia del cáncer (AhmadiQaragezlou et al., 2020)⁽²¹⁾. Así, siguiendo con lo expuesto por estos autores, la atención plena en el MBSR sería similar a la exposición, previniendo la respuesta en la atención plena mediante la observación sin reaccionar a los pensamientos desagradables observados, y aprendiendo así a autorregular la conciencia y la atención sin generar prejuicios de cara a realizar un cambio.

Otra de las intervenciones revisadas donde se aplicó el mindfulness fue la realizada por Chu et al. (2020)⁽²²⁾. Los autores utilizaron la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), una intervención que combina terapia cognitiva (psicoeducación) con las prácticas del mindfulness (meditación, yoga y discusiones grupales). Esta intervención resultó eficaz en supervivientes de cáncer de mama para reducir el miedo a la recurrencia al cáncer y el malestar psicológico, así como para mejorar la calidad de vida, tanto al finalizar la intervención como en la medida de seguimiento a las 12 semanas. Park et al. (2020)⁽²⁴⁾ también utilizaron este programa para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer en pacientes ambulatorias de cáncer de mama, observando mejoras en el miedo a la recurrencia, en el malestar psicológico, en la fatiga, en el bienestar espiritual y en la calidad de vida que se mantuvieron en la medida de seguimiento a las 12 semanas.

En Lee et al. (2022)⁽²⁸⁾ también se aplicó una terapia de reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR) comparándola con una intervención control de educación nutricional. En grupo experimental mostró una mejora significativa de miedo a la recurrencia frente al grupo control y, aunque en ambos casos, se observó una mejora significativa en la calidad de vida y una atenuación de los síntomas de perturbación mental tras la intervención, fue más evidente en el grupo experimental, sobre todo en el seguimiento de 12 meses, en el que el grupo control experimentó un aumento en la gravedad de los síntomas desde la finalización del tratamiento, algo que no ocurrió en el grupo experimental.

Por otro lado, en el programa realizado por Johns et al. (2020)⁽²³⁾ se utilizó la terapia de aceptación y compromiso (ACT), trabajando técnicas comunes en este tipo de corriente terapéutica como son la atención plena, la aceptación y la defusión cognitiva, resultando ser eficaz para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer tanto al finalizar la intervención como a medio y largo plazo (al mes y a los 6 meses respectivamente), resultando destacable que la eficacia aumentaba conforme pasaba el tiempo. Los autores explicaron estos hallazgos en base al afrontamiento evitativo. Este tipo de afrontamiento resulta una conducta inapropiada útil a corto plazo pero que a la larga aumenta la ansiedad sobre el miedo a la recurrencia, pero mediante la ACT se aumenta la flexibilidad psicológica, mejorando las estrategias utilizadas, haciéndolas más adaptativas en el manejo del miedo a la recurrencia, lo que a su vez permite una mejora de la calidad de vida tanto física como psicológica de los participantes.

En cuanto a los programas que se basan en la TCC encontramos gran variedad de intervenciones en los artículos seleccionados. Uno de los programas con mayor evidencia empírica para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer es el ConquerFear^(34,35), una intervención que recoge técnicas de diversos enfoques teóricos como son la atención plena y la clarificación de valores (frecuente en las terapias de tercera generación, especialmente en la ACT), contratos de conducta (comunes en la modificación de conducta) y la discusión de creencias (centrales en la TCC). Este programa, tal como señalan Butow et al. (2013)⁽³⁴⁾, se basa en la terapia metacognitiva, en el modelo de autorregulación de la función ejecutiva de los trastornos emocionales y en la ACT. Se compone de 5 sesiones individuales presenciales, de 60 a 90 minutos de duración con un profesional de salud mental capacitado y entrenado para aplicar este programa e incluye además la biblioterapia durante dos horas semanales aproximadamente^(34,35). En la Tabla 4 se recoge el programa completo al ser el más utilizado en los estudios revisados en este trabajo. Hasta cuatro estudios

de esta revisión analizaron la eficacia de este programa^(16,20,25,30). Butow et al. (2017)⁽¹⁶⁾ encontraron una reducción del miedo a la recurrencia del cáncer que se mantenía con el tiempo, así como una mejoría en las dimensiones del miedo a la recurrencia, en la calidad de vida y en algunas creencias metacognitivas. Sharpe et al. (2019)⁽²⁰⁾ encontraron que las edades más bajas, ser de género femenino y tener una puntuación basal elevada de miedo a la recurrencia se relacionaba con niveles más altos de esta última en el seguimiento y, por consiguiente, mayor malestar emocional y menor calidad de vida; asimismo, la puntuación basal de miedo a la recurrencia moderaba la eficacia de la intervención. Tauber et al. (2021)⁽²⁵⁾ adaptaron el programa de forma grupal, y observaron una disminución significativa del miedo a la recurrencia del cáncer que se mantenía en el tiempo, aunque sin cambios significativos (aunque sí se observaron disminuciones) en el malestar psicológico, en la calidad de vida, en las metacogniciones y en las preocupaciones. Los autores justificaron esta falta de diferencias significativas en las medidas secundarias a causa del tamaño tan pequeño de la muestra (27 participantes a diferencia de los más de 150 y 220 participantes utilizados en los estudios de Sharpe et al.⁽²⁰⁾ y Butow et al.⁽¹⁶⁾ respectivamente) y al aumento de riesgo del error de tipo II. Por último, Akechi et al. (2023)⁽³⁰⁾ adaptó el programa ConquerFear para ser aplicado en línea a través de teléfonos inteligentes. Estos autores observaron un efecto mediano de la intervención en la reducción de del miedo a la recurrencia, siendo mayor este efecto en aquellos que tenía un miedo a la recurrencia elevado.

Tabla 4. Programa ConquerFear (Tomado de Butow et al., 2013, p.5)⁽³⁴⁾.

Sesión	Contenido	Práctica en Casa
1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación específica de FCR. • Se explica el modelo en el que se basa el tratamiento. • Discusión de los cambios existenciales provocados por el cáncer. • Ejercicio de aclaración de valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar los valores identificados en la sesión y diseñar metas relevantes (por ejemplo, si el valor identificado es “estar en buena forma física”, idear formas realistas de lograrlo e identificar las barreras para lograr la meta). • Reflexionar sobre experiencias pasadas y cómo estas han dado forma a la respuesta al cáncer.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir el impacto de los factores de vulnerabilidad potenciales (por ejemplo, eventos traumáticos pasados) en FCR. • Discutir el fundamento y la práctica de la Técnica de entrenamiento de la atención (ATT), una técnica diseñada para ayudar a los pacientes a reducir su tendencia a rumiar y cambiar su atención de manera más flexible cuando ocurren pensamientos sobre la recurrencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar el TCA a diario durante el resto de la intervención y anótelos en un diario.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir la práctica de la atención desapegada, diseñada para mejorar la metaconciencia de la cognición y la capacidad de convertirse en un observador objetivo del contenido de los pensamientos sin necesidad de evaluación o reacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la práctica diaria de ATT. • Practicar la aplicación de la atención desapegada en la respuesta a los pensamientos que desencadenan la FCR.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información sobre los posibles síntomas de recurrencia del cáncer de mama o colorrectal. • Proporcionar pautas para ayudar a los clientes a distinguirlos de las quejas físicas benignas. • Reevaluar las prácticas de autoexamen y vigilancia médica. • Identificar comportamientos de evitación o excesivos. • Desarrollar un contrato de comportamiento para ayudar a los clientes a participar en los niveles recomendados de autoexamen y pruebas de seguimiento (si es necesario). 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la práctica diaria de ATT. • Practicar la atención desapegada en respuesta a los pensamientos emergentes sobre FC. • Diseñar un plan apropiado basado en la mejor evidencia disponible sobre cómo responder a los nuevos síntomas.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir las creencias que sustentan el FCR (por ejemplo, creencias sobre los beneficios del FCR o creencias sobre el daño físico causado por el FCR). • Poner a prueba la validez de estas creencias a través del diálogo socrático. • Introducir el aplazamiento de la preocupación como una técnica para responder a las preocupaciones residuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar el aplazamiento de la preocupación.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea de establecimiento de metas. • Consolidar las habilidades aprendidas a lo largo del programa. • Desarrollar un plan de prevención de recaídas. 	

Otra de las intervenciones de corte cognitivo-conductual estudiada en esta revisión es la modificación del sesgo cognitivo (CBM). Este tipo de intervención, con eficacia para trastornos de ansiedad como el pánico, la ansiedad generalizada y la fobia social, se basa en la modificación de los sesgos de atención y de interpretación mediante la presentación rápida de estímulos en tareas de tipo cognitivo y la práctica repetida de estas⁽¹⁷⁾. Como se comentó anteriormente, los sesgos atencionales son una característica esencial en el miedo a la recurrencia del cáncer, de forma que Lichenthal et al. (2017)⁽¹⁷⁾ adaptaron el CBM para aplicarlo a supervivientes de cáncer de mama, encontrando una reducción significativa en la dimensión “preocupación por la salud” del miedo a la recurrencia del cáncer que se mantenía con el tiempo, aunque no en el resto de las dimensiones, lo que podía explicarse por el tipo de estímulos utilizados ya que hacían referencia al estado de salud y al tratamiento.

Akkol-Solakoglu y Hevey (2023)⁽³¹⁾ también se basaron en la TCC para diseñar una terapia en línea (iCBT). En este estudio se observó una disminución significativa de la ansiedad y la depresión, tanto inmediatamente después de la intervención como en el seguimiento, del grupo experimental en comparación con el control (tratamiento habitual). Además, la calidad de vida (QOL) y la preocupación por el cáncer (CWC) también mostraron mejoras significativas en el grupo iCBT.

Otra intervención de corte cognitivo conductual que ha demostrado su eficacia es la TCC combinada, una intervención basada en la formulación del miedo a la recurrencia del cáncer propuesta por Lee-Jones et al. (1997)⁽⁹⁾ que combina sesiones individuales presenciales con sesiones por chat (o telefónicas si el acceso a internet no era posible), utilizando tanto la psicoeducación como la reestructuración cognitiva y la modificación de conducta^(18,19). Este tipo de intervención fue eficaz para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer en supervivientes de cáncer de mama, de próstata o colorrectal tanto después de recibir la intervención⁽¹⁸⁾ como en las medidas de seguimiento (9 y 15 meses)⁽¹⁹⁾, así como en la calidad de vida, el malestar psicológico y la fatiga^(18,19).

También destaca el uso del programa FoRtitude^(36,32), una intervención online de corte cognitivo-conductual y basado en el modelo de Lee-Jones et al. para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer, tratándose del primer programa de E-Health basado en la TCC creado específicamente para el miedo a la recurrencia. En Wagner et al. (2021)⁽²⁷⁾ se observaron reducciones significativas en el miedo a la recurrencia que se mantuvieron a las 4 semanas de finalizar la intervención, tanto en el grupo experimental como en el control, por lo que no se encontró un efecto de la intervención, encontrándose algo similar en la puntuación de la escala de preocupaciones sobre la recurrencia. Los autores justificaron estos resultados a que utilizaron como base la TCC tradicional (relajación y reestructuración cognitiva) en lugar de la TCC contemporánea (más relacionada con el trabajo de la preocupación, la rumia y el sesgo de atención), existiendo evidencia científica de que el tamaño del efecto de la TCC tradicional suele ser pequeño. En Maheu et al. (2023)⁽³²⁾ se observó una reducción del miedo a la recurrencia del cáncer, la búsqueda de seguridad no útil, la evitación cognitiva y la necesidad de reaseguramiento de los médicos en comparación con la atención estándar en los participantes que recibieron FORT en comparación con el grupo experimental. Sin embargo, no hubo una diferencia significativa en la incertidumbre en la enfermedad entre los ambos grupos.

Estos resultados van en la misma línea que los recogidos un año antes por Van Helmond et al. (2020)⁽²⁶⁾ con el programa “Less Fear After Cancer”, un programa

de autoayuda online y personalizado para supervivientes de cáncer de mama basado en la TCC. Este programa está compuesto de dos módulos básicos (psicoeducación sobre el miedo a la recurrencia y los principios básicos de la TCC) y cuatro módulos adicionales que abordan la rumiación y la práctica de relajación. Según los resultados obtenidos la intervención no resultó eficaz para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer, lo que parece deberse a que las puntuaciones basales de miedo a la recurrencia de las participantes no eran muy elevadas, a que el uso de la intervención online fue limitado y a que, además, se dio una elevada tasa de abandono entre las usuarias⁽²⁶⁾.

7. Discusión

El miedo a la recurrencia del cáncer es uno de los efectos psicológicos negativos más frecuentes en los supervivientes al cáncer⁽³⁻⁷⁾, y dado que el cáncer de mama fue el tipo de cáncer más diagnosticado en el mundo durante el año 2020 y con una estimación para el presente 2023 de 279.260 casos, cifra asimilada al año 2022⁽¹⁾ el objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de los programas utilizados para reducir el miedo a la recurrencia de cáncer en supervivientes de cáncer de mama en los últimos ocho años.

A la vista de los estudios analizados, se puede observar cómo las intervenciones basadas en terapias de tercera generación y en TCC son eficaces en la reducción del miedo a la recurrencia, especialmente el programa ConquerFear que es el que más se ha aplicado en los estudios de los últimos cinco años. Asimismo, se han encontrado resultados menos prometedores en las intervenciones E-Health.

Los programas de TCC que se engloban en la TCC contemporánea cuentan con reducciones significativas en sus distintas aplicaciones. La TCC contemporánea se centra en los procesos cognitivos como la rumia, la preocupación y el sesgo atencional^(27,37), elementos esenciales en el modelo de miedo a la recurrencia del cáncer desarrollado por Lee-Jones et al. (1997). Esto coincide con lo encontrado en el metaanálisis realizado por Tauber et al. (2019)⁽³⁷⁾, donde se observó un tamaño del efecto de casi el doble en las TCC contemporáneas con respecto a las TCC tradicionales, aunque esta diferencia entre ambos tipos de TCC no continuaba en el tiempo, ya que las TCC contemporáneas requieren sesiones de refuerzo, pero ambos modelos de intervención seguían siendo eficaces con respecto al control durante el seguimiento.

Con respecto a los programas con base en el mindfulness recogidos en esta revisión, se observa también una eficacia de este tipo de intervenciones en el miedo a la recurrencia. Esto coincide con lo recogido en el metaanálisis realizado por Hall et al. (2018)⁽³⁸⁾, donde se encontraron tamaños del efecto de pequeños a medianos que se mantienen a largo plazo para las intervenciones de tipo cuerpo-mente (que incluyen, a su vez, las TCC y el mindfulness, así como otras intervenciones de corte más existencial). La eficacia observada de los programas con base en mindfulness y en ACT también se basa en el trabajo sobre los sesgos atencionales, especialmente gracias al entrenamiento de la atención plena y de la aceptación, lo que permite romper con el círculo vicioso de rumiaciones, preocupaciones y control corporal. Esto destaca de nuevo la importancia de que las intervenciones, independientemente del marco teórico en el que se sustenten, se centren en los sesgos atencionales y en las rumiaciones para que resulten eficaces en la reducción del miedo a la recurrencia,

característica central del modelo de miedo a la recurrencia de Lee-Jones et al. (1997). De hecho, es posible que esta sea la causa de que la intervención online de gratitud¹⁵ no resultase eficaz en la reducción del miedo a la recurrencia, ya que no se trabajaba de ningún modo los sesgos atencionales y las rumiaciones.

En referencia a los programas E-Health aplicados al miedo a la recurrencia del cáncer, es muy importante continuar estudiando la aplicación de las intervenciones online para trabajar el miedo a la recurrencia, especialmente por dos motivos esenciales, el aspecto económico y su accesibilidad. Como señalaron Otto et al. (2016)⁽¹⁵⁾ las intervenciones para reducir el miedo a la recurrencia suelen conllevar un gran coste tanto de recursos personales como económicos, por lo que es importante diseñar programas cuya rentabilidad sea adecuada y analizar dicha rentabilidad en los programas ya creados. Así, si bien en las intervenciones creadas para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer se suele evaluar la viabilidad del programa incluyendo la adherencia a la intervención, suele ser menos frecuente evaluar la rentabilidad de estos. El programa ConquerFear, aunque no esté desarrollado como un programa E-Health, ha demostrado tener un coste asequible; Shih et al. (2019)⁽³⁸⁾ realizaron un estudio sobre el coste del programa ConquerFear llevado a cabo por Butow et al. (2013)⁽³⁴⁾, encontrando que el programa es muy rentable con un coste relativamente bajo y que dicha rentabilidad aumentaba más si se incluyen los beneficios que la intervención conlleva más allá de los evaluados en el estudio. Por otro lado, el programa de E-Health llevado a cabo por Burm et al. (2019)⁽¹⁹⁾, aunque su coste fue menor que el del tratamiento habitual, no difirió significativamente, pero los autores defienden su rentabilidad al destacar que el coste de las intervenciones de los programas de E-Health dependen en gran medida del número de usuarios a los que se aplique, por lo que esperan una mayor rentabilidad cuando se aplique en la atención habitual.

8. Conclusiones

Como recogen Wagner et al. (2021)⁽²⁷⁾, es imprescindible seguir trabajando en la aplicación de los programas basados en E-Health, especialmente en la situación actual con la pandemia por COVID-19, favoreciendo así el acceso a las intervenciones para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer incluso cuando la movilidad de las personas se ve impedida para reducir las tasas de contagio. Como se ha observado en la revisión realizada, los programas online no han contado con una eficacia considerable, aunque es probable que la clave sea trabajar en la exposición y duración de la intervención, ya que las intervenciones online de larga duración suelen conllevar una mayor tasa de abandonos a lo largo del tiempo, pero los programas de corta duración no permiten una adecuada exposición, haciendo menos eficaz la TCC para la reducción de la sintomatología⁽²⁷⁾.

Teniendo en cuenta todo lo recogido, sería interesante de cara a futuros trabajos analizar si el número de sesiones y la utilización de sesiones de seguimiento para el miedo a la recurrencia del cáncer mejoran la eficacia de los programas de corte cognitivo-conductual, especialmente en los de tipo E-Health. Siguiendo con esto, también podría estudiarse si la utilización de reforzadores mejoraría la adherencia en este tipo de programas.

También sería útil analizar qué intervenciones se utilizan en el miedo a la recurrencia del cáncer en niños, adolescentes y adultos jóvenes, así como la eficacia de estas. Los estudios sobre miedo a la recurrencia del cáncer suelen dirigirse a los adultos supervivientes de cáncer a pesar de que el predictor más consistente de un elevado miedo a la recurrencia del cáncer es la edad más joven⁽³⁹⁾. Los efectos psicológicos al sobrevivir a un cáncer pueden diferir sustancialmente según la etapa del desarrollo evolutivo por la que estén pasando estos supervivientes⁽⁴⁰⁾, por lo que puede resultar muy útil conocer qué tipo de intervenciones son eficaces para estas poblaciones, así como analizar en qué se pueden diferenciar de las intervenciones eficaces en los adultos para aplicar las modificaciones necesarias para adaptarlas a las distintas etapas evolutivas.

A pesar de la explosión de estudios sobre el miedo a la recurrencia del cáncer y su intervención, aún queda mucho trabajo en este campo de cara a mejorar la calidad de vida de los supervivientes para que puedan disfrutar de la vida en esa nueva etapa posterior a la superación de la enfermedad. Sin embargo, en base a los estudios revisados, se debe destacar que se cuentan con intervenciones que se han probado eficaces para reducir el miedo a la recurrencia del cáncer, limitadas en el tiempo y de bajo coste, que pueden implementarse dentro del tratamiento integral para los supervivientes de cáncer y para sus familias. Siguiendo con esto, uno de los tratamientos con mayor apoyo y más estudiados es el programa ConquerFear, que no solo ha demostrado ser eficaz tanto a corto como a largo plazo, sino que además conlleva un bajo coste como demuestra el trabajo de Shih et al. (2019)⁽³⁸⁾.

9. Referencias bibliográficas

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2023. [Acceso el 1 de junio de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
2. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2023. [Acceso el 1 de junio de 2023], disponible en: <https://redecana.org/storage/documents/02d62122-9adb-4d35-b6d0-551435d8e4ae.pdf>
3. Custers JA, Kwakkenbos L, van der Graaf WT, Prins JB, Gielissen MF, Thewes B. Not as stable as we think: A descriptive study of 12 monthly assessments of fear of cancer recurrence among curatively-treated breast cancer survivors 0-5 years after surgery. *Front Psychol* 2020;11: 580979. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.580979>
4. Fardell JE, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith A, Girgis A, Butow P. Fear of cancer recurrence: A theoretical review and novel cognitive processing formulation. *J Cancer Surviv* 2016;1:663-73. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>
5. Galica J, Maheu C, Brennenstuhl S, Townsley C, Metcalfe K. Examining predictors of fear of cancer recurrence using Leventhal's Commonsense Model: Distinct implications for oncology nurses. *Cancer Nurs* 2021;44: 3-12. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000760>
6. McGinty HL, Small BJ, Laronga C, Jacobsen PB. Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2016;35:1-9 <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000238>
7. Xie J, Qi W, Cao L, Tan Y, Huang J, Gu X, Chen B, et al. Predictors for fear of cancer recurrence in breast cancer patients referred to radiation therapy during the COVID-19

- pandemic: A multi-center cross-section survey. *Front Oncol* 2021;11: 650766. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.650766>
8. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integr Cancer Ther* 2018 Sep;17(3):684-69 <https://doi.org/10.1177/1534735418772095>
 9. 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)
 10. Lucas AR, Pan JH, Ip EH, Hall DL, Tooze JA, Levine B, Mohr DC, Penedo FJ, Cella D, Wagner LI. Validation of the Lee-Jones theoretical model of fear of cancer recurrence among breast cancer survivors using a structural equation modeling approach. *Psychooncology* 2023;32:256-65. <https://doi.org/10.1002/pon.6076>
 11. Maheu C, Hébert M, Louli J, Yao TR, Lambert S, Cooke A, Black A, Kyriacou J. 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://dx.doi.org/10.1002/cnrcr.1172>
 12. Pradhan P, Sharpe L, Butow P, Russell H. The role of interpretation biases and symptom burden in fear of cancer recurrence/progression among ovarian cancer survivors. *Psychooncology* 2021;30:1948-56. <https://doi.org/10.1002/pon.5617>
 13. Schapira L, Zheng Y, Gelber SI, Poorvu P, Ruddy KJ, Tamimi RM, et al. Trajectories of fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors. *Cancer* 2022; 15;128:335-43. doi: 10.1002/cnrcr.33921.
 14. Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews *BMJ* 2021; 372 :n71 doi:10.1136/bmj.n71
 15. Otto AK, Szczeny EC, Soriano EC, Laurenceau JP, Siegel SD. Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2016;35:1320-8. <https://dx.doi.org/10.1037/1037-0208.35.1320>
 16. Butow PN, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith AB, Fardell JE, et al. Randomized trial of ConquerFear: A novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2017;35:4066-77. <https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2017.73.1257>
 17. Lichtenthal WG, Corner GW, Slivjak ET, Roberts KE, Li Y, Breitbart W et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer* 2017;123:1424-33. <https://doi.org/10.1002/cnrcr.30478>
 18. van de Wal M, Thewes B, Gielissen M, Speckens A, Prins J. Efficacy of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate, and colorectal cancer survivors: The SWORD study, a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2017;35:2173-83. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016>
 19. Burm R, Thewes B, Rodwell L, Kievit W, Speckens A, van de Wal M, et al. Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer survivors: follow-up of the SWORD randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2019;16:19:462. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5615-3>
 20. Sharpe L, Turner J, Fardell JE, Thewes B, Smith AB, Gilchrist J. Psychological intervention (ConquerFear) for treating fear of cancer recurrence: mediators and moderators of

- treatment efficacy. *J Cancer Surviv* 2019;13:695-702 <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00788-4>
21. AhmadiQaragezlou N, Rahimian Boogar I, Asadi J, Vojdani R. The effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on Fear of Cancer Recurrence in colorectal and breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Middle East J Cancer* 2020; 11:216-24. <https://dx.doi.org/10.30476/mejc.2019.78695.0>
 22. Chu X, Lou Y, Wang Z, Xu Q. Effect of mindfulness based cognitive therapy on the mental health and quality of life in patients with breast cancer. *Indian J Pharm Sci* 2020; 82(3)Spl 7:48-52. <http://doi.org/10.36468/pharmaceutical-sciences.spl.143>
 23. Johns SA, Stutz PV, Talib TL, Cohee AA, Beck-Coon KA, Brown LF, et al. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer* 2020;126:211-2. <https://doi.org/10.1002/cncr.32518>
 24. Park S, Sato Y, Takita Y, Tamura N, Ninomiya A, Kosugi T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer-a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2020;60:381-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017>
 25. Tauber NM, Zachariae R, Jensen AB, Thewes B, Skyt I, Elkjaer E, et al. ConquerFear-group: Feasibility study with pilot results of a psychological intervention for fear of cancer recurrence delivered in groups. *Psychooncology* 2022;31:30-8. <https://doi.org/10.1002/pon.5772>
 26. van Helmondt SJ, van der Lee ML, van Woezik RAM, Lodder P, de Vries J. No effect of CBT-based online self-help training to reduce fear of cancer recurrence: First results of the CAREST multicenter randomized controlled trial. *Psychooncology* 2020;29:86-97. <https://doi.org/10.1002/pon.5233>
 27. Wagner LI, Tooze JA, Hall DL, Levine BJ, Beaumont J, Duffecy J, et al. Targeted eHealth intervention to reduce breast cancer survivors' fear of recurrence: Results from the FoRtitude Randomized Trial. *J Natl Cancer Inst* 2021;113:1495-505. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab100>
 28. Lee JT, Lee YH, Chang YP. Mindfulness stress management for female cancer survivors facing the uncertainty of disease progression: a randomized controlled study. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:4497<https://doi.org/10.3390/ijerph19084497>
 29. Merckaert I, Waroquier P, Caillier M, Verkaeren O, Righes S, Liénard A, et al. Improving emotion regulation in breast cancer patients in the early survivorship period: Efficacy of a brief ecologically boosted group intervention. *Psychooncology* 2023;32:597-609. <https://doi.org/10.1002/pon.6105>
 30. Akechi T, Yamaguchi T, Uchida M, Imai F, Momino K, Katsuki F, et al. Smartphone Psychotherapy Reduces Fear of Cancer Recurrence Among Breast Cancer Survivors: A Fully Decentralized Randomized Controlled Clinical Trial (J-SUPPORT 1703 Study). *J Clin Oncol* 2023;41:1069-78. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00699>
 31. Akkol-Solakoglu S, Hevey D. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in breast cancer survivors: Results from a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2023;32:446-56. <https://doi.org/10.1002/pon.6097>
 32. 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;42:182-94 <https://doi.org/10.1037/hea0001253>

33. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions* (version 5.1.0). The Cochrane Collaboration. [Acceso 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: www.handbook.cochrane.org. 2011
34. Butow PN, Bell ML, Smith AB, Fardell JE, Thewes B, Turner J, et al. Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer* 2013;13:201. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-201>
35. Smith A', Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Fardell J, Sharpe L, et al. Pilot of a theoretically grounded psychologist-delivered intervention for fear of cancer recurrence (Conquer Fear). *Psychooncology* 2015;24:967-70. <https://doi.org/10.1002/pon.3775>
36. Wagner LI, Duffeey J, Penedo F, Mohr DC, Cella D. Coping strategies tailored to the management of fear of recurrence and adaptation for E-health delivery: The FoRtitude intervention. *Cancer* 2017;123:906-10. <https://doi.org/10.1002/cncr.30602>
37. 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 Clin Oncol*. 2019 Nov 1;37(31):2899-2915 <https://dx.doi.org/10.1200%2FJCO.19.00572>
38. Shih ST, Butow P, Bowe SJ, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Mihalopoulos C; ConquerFear research group. Cost-effectiveness of an intervention to reduce fear of cancer recurrence: The ConquerFear randomized controlled trial. *Psychooncology* 2019;28:1071-9. <https://doi.org/10.1002/pon.5056>
38. Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, Yeh GY. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 2018;27:2546-58. <https://dx.doi.org/10.1002%2Fpon.4757>
39. Tutelman PR, Heathcote LC. Fear of cancer recurrence in childhood cancer survivors: A developmental perspective from infancy to young adulthood. *Psychooncology* 2020;29:1959-67. <https://doi.org/10.1002/pon.5576>
40. Vandraas KF, Reinertsen KV, Kiserud CE, Lie HC. Fear of cancer recurrence among young adult cancer survivors-exploring long-term contributing factors in a large, population-based cohort. *J Cancer Surviv* 2021;15:497-508. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00943-2>