

# Enfermería Clínica

## Valoración del miedo a la recidiva en pacientes oncológicos en fase de seguimiento del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva

--Manuscript Draft--

<b>Manuscript Number:</b>	ENFCLIN-D-24-00351R2
<b>Article Type:</b>	Original
<b>Keywords:</b>	Enfermería oncológica, miedo a la recurrencia del cáncer; supervivientes de cáncer; Cuestionarios; FCR6/7-SP.  Oncology nursing, fear of cancer recurrence; Cancer Survivors; Questionnaires; FCR6/7-SP.
<b>Corresponding Author:</b>	CRISTINA DÍAZ PERIÁNEZ Universidad de Huelva Huelva, SPAIN
<b>First Author:</b>	Dolores Merino-Navarro, PhD, MsC, RN
<b>Order of Authors:</b>	Dolores Merino-Navarro, PhD, MsC, RN  CRISTINA DÍAZ-PERIÁNEZ, MsC, RN  Yolanda Bouzada-Guillén, MsC, RN  Teresa Estrada-López, MsC, RN  Juan Bayo-Calero, PhD  Héctor González de la Torre, PhD, MsC, RN-Midwife  Rafaela Camacho-Bejarano, PhD, MsC, RN
<b>Abstract:</b>	<p>Objetivo: Describir los niveles de miedo a la recidiva en pacientes oncológicos en fase de seguimiento.</p> <p>Método: Estudio descriptivo transversal llevado a cabo desde junio de 2023 hasta febrero de 2024. Se incluyó una muestra de 315 pacientes adultos, con diagnóstico de cáncer no metastásico en proceso de seguimiento tras al menos 6 meses después de la finalización del tratamiento activo, atendidos en consulta de Oncología del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se utilizó el cuestionario para medir el miedo a la recidiva el FCR7-SP. Se obtuvo el permiso del Comité de Ética Provincial. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS (v.29.0.1.0).</p> <p>Resultados: Se observó una puntuación media de 26,5 sobre 35 puntos (nivel moderado de miedo) en la escala de FCR7-SP. La media de edad fue 57,91 años (DE = 11,80). El cáncer más frecuente fue el cáncer de mama (63%) seguido del cáncer colorrectal (20%) en estadio II mayoritariamente. Existe una relación estadísticamente significativa entre el miedo a la recidiva y género, nacionalidad, tratamiento y tipo de cáncer. Se proponen cinco puntos de corte de la escala FCR7-SP en base a los percentiles obtenidos.</p> <p>Conclusiones: El nivel de miedo a la recidiva en los pacientes oncológicos en fase de seguimiento del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva es moderado. Es fundamental identificar los factores que influyen en el nivel de miedo a la recidiva para diseñar intervenciones preventivas y/o abordaje precoz.</p>

Huelva (España), 18.12.2024

Editora Jefe  
Revista Enfermería Clínica

Asunto: Presentación de un artículo descriptivo

Estimado Editor,

Es un placer para nosotros presentar nuestro manuscrito titulado "**Valoración del miedo a la recidiva en pacientes oncológicos en fase de seguimiento del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva**" para que sea considerado para su publicación como artículo original en la revista Enfermería Clínica.

Como grupo de investigación de la Universidad de Huelva (España) centrado en el cuidado del cáncer, tenemos una colaboración continua en relación con el miedo a la recurrencia del cáncer como un área de interés común con el prof. Gerald Humphris, profesor emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad de St. Andrews (Reino Unido) y la prof. Susanne Cruickshank, directora estratégica de investigación en salud aplicada en The Royal Marsden NHS Foundation Trust (Londres, Reino Unido).

Tenemos un fuerte compromiso con la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, especialmente en el contexto español, donde tradicionalmente la atención sanitaria se ha centrado en el diagnóstico y el tratamiento y no tanto en el seguimiento integrador.

Este trabajo forma parte de mi Tesis Doctoral, que trata de concienciar sobre la importancia de considerar el Miedo a la Recurrencia del Cáncer como una cuestión de importancia para medirlo de forma regular en la práctica clínica con el fin de abordarlo de forma temprana y prevenir complicaciones posteriores. Conocer los datos de prevalencia en el ámbito hospitalario es el primer paso para poder intervenir posteriormente.

- Confirmamos que ni el manuscrito ni ninguna parte de su contenido están actualmente bajo consideración para su publicación o publicados en otra revista.

- Todos los autores han aprobado el manuscrito y están de acuerdo con su envío a Enfermería Clínica.
- No se ha recibido ningún apoyo económico para este estudio y no hay ningún conflicto de intereses que declarar.

Esperamos tener noticias suyas y estamos disponibles para cualquier información adicional. Gracias de antemano por considerar nuestro envío.

Atentamente,

Cristina

Cristina Díaz Periénez MsC RN  
Profesora Sustituta  
Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva  
[Cristina.perinez@denf.uhu.es](mailto:Cristina.perinez@denf.uhu.es)

**Título: Valoración del miedo a la recidiva en pacientes oncológicos en fase de seguimiento del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva.**

**Title: Assessment of fear of recurrence in cancer patients in the follow-up phase of the Juan Ramón Jiménez University Hospital in Huelva**

**Autores:**

Dolores Merino-Navarro<sup>a</sup>, Cristina Díaz-Periénez<sup>b</sup>, Yolanda Bouzada-Guillén<sup>c</sup>, Teresa Estrada-López<sup>d</sup>, Juan Bayo-Calero<sup>e</sup>, Héctor González de la Torre<sup>f</sup>, Rafaela Camacho-Bejarano<sup>g</sup>.

**Afiliaciones:**

<sup>a</sup>Dolores Merino-Navarro, PhD, MsC, RN. Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva (Huelva, España). [lola.merino@denf.uhu.es](mailto:lola.merino@denf.uhu.es)

<sup>b</sup>Cristina Díaz-Periénez, Doctoranda, MsC, RN. Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva, (Huelva, España). [cristina.perinez@denf.uhu.es](mailto:cristina.perinez@denf.uhu.es)

<sup>c</sup>Yolanda Bouzada-Guillén, MsC, RN. Supervisora Unidad de Oncología, Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva, España).

<sup>d</sup>Teresa Estrada-López, MsC, RN. Enfermera de Práctica Avanzada en Oncología, Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva, España).

<sup>e</sup>Juan Bayo-Calero, PhD. Jefe de Oncología Médica, Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva, España).

<sup>f</sup>Héctor González de la Torre, PhD, MsC, RN-Midwife. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canarias, (Las Palmas de Gran Canarias, España).

<sup>g</sup>Rafaela Camacho-Bejarano. PhD, MsC, RN. Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva (Huelva, España). Unidad de Investigación en Enfermería y Atención Sanitaria (Investén-isciii), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). [rafaela.camacho@denf.uhu.es](mailto:rafaela.camacho@denf.uhu.es)

**Correspondencia:** Cristina Díaz-Periénez<sup>b</sup> (Candidata PhD, MsC, RN). Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva. Avenida 3 de marzo s/n. Huelva (Spain) [cristina.perinez@denf.uhu.es](mailto:cristina.perinez@denf.uhu.es) (0034) 671320427

\*Los autores no tienen conflictos de intereses que revelar.

Todos los autores han contribuido en el desarrollo de este trabajo.

**Recuento de caracteres:**

- Resumen (español e inglés): 3186
- Cuerpo del manuscrito: 16849
- Qué conoce y qué aporta: 930

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

#### ¿QUÉ SE CONOCE?

- El miedo a la recidiva del cáncer es una de las principales necesidades de los pacientes oncológicos. Existe una infravaloración e infraabordaje del mismo en fase de seguimiento.

#### ¿QUÉ APORTA?

- Datos de prevalencia del miedo a la recidiva en pacientes oncológicos en fase de seguimiento a nivel hospitalario. La identificación de la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en el nivel de miedo a la recidiva así como su relación con algunos tipos de cáncer.

1  
2  
3  
4 **RESUMEN**  
5  
6  
7

8 **Objetivo:** Describir los niveles de miedo a la recidiva en pacientes oncológicos en  
9 fase de seguimiento.  
10  
11  
12

13 **Metodología:** Estudio descriptivo transversal llevado a cabo desde junio de 2023  
14 hasta febrero de 2024. Se incluyó una muestra de 315 pacientes adultos, con  
15 diagnóstico de cáncer no metastásico en proceso de seguimiento tras al menos 6  
16 meses después de la finalización del tratamiento activo, atendidos en consulta de  
17 Oncología del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se utilizó el  
18 cuestionario para medir el miedo a la recidiva el FCR7-SP. Se obtuvo el permiso del  
19 Comité de Ética Provincial. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS  
20 (v.29.0.1.0).  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29

30 **Resultados:** Se observó una puntuación media de 26,5 sobre 35 puntos en la  
31 escala de FCR7-SP, lo que sugiere un nivel moderado de miedo. La media de edad  
32 fue 57,91 años (DE ±11,80). El cáncer más frecuente fue el cáncer de mama (63%)  
33 seguido del cáncer colorrectal (20%) en estadio II mayoritariamente. Existe una  
34 relación estadísticamente significativa entre el miedo a la recidiva y género,  
35 nacionalidad, tratamiento y tipo de cáncer. Se proponen cinco puntos de corte de la  
36 escala FCR7-SP en base a los percentiles obtenidos.  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43

44 **Conclusiones:** El nivel de miedo a la recidiva en los pacientes oncológicos en fase  
45 de seguimiento del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva es  
46 moderado. Es fundamental identificar los factores que influyen en el nivel de miedo  
47 a la recidiva para diseñar intervenciones preventivas y/ o abordaje precoz.  
48  
49  
50  
51  
52

53 **Palabras clave:** Enfermería oncológica, miedo a la recurrencia del cáncer;  
54 supervivientes de cáncer; Cuestionarios; **FCR6/7-SP.**  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 **ABSTRACT**  
5  
6  
7

8 **Aim:** To describe the levels of fear of recurrence in cancer patients in the follow-up  
9 phase.  
10  
11  
12

13 **Method:** Cross-sectional descriptive study carried out from June 2023 to February  
14 2024. A sample of 315 adult patients with a diagnosis of non-metastatic cancer in  
15 the process of follow-up at least 6 months after the end of active treatment, seen in  
16 the oncology department of the Juan Ramón Jiménez University Hospital in Huelva,  
17 was included. The FCR7-SP questionnaire was used to measure fear of recurrence.  
18 Permission was obtained from the Provincial Ethics Committee. Data analysis was  
19 performed using SPSS software (v.29.0.1.0).  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

28 **Results:** An average score of 26.5 out of 35 points was observed on the FCR7-SP  
29 scale, suggesting a moderate level of fear. Mean age was 57.91 years (SD ±11.80).  
30 The most frequent cancer was breast cancer (63%) followed by mostly stage II  
31 colorectal cancer (20%). There is a statistically significant relationship between fear  
32 of recurrence and gender, nationality, treatment and type of cancer. Five cut-off  
33 points of the FCR7-SP scale are proposed based on the percentiles obtained.  
34  
35  
36  
37  
38

39 **Conclusions:** The level of fear of recurrence in cancer patients in the follow-up  
40 phase at the Juan Ramón Jiménez University Hospital in Huelva is moderate. It is  
41 essential to identify the factors that influence the level of fear of recurrence in order  
42 to design preventive interventions and/or an early approach.  
43  
44  
45  
46  
47

48 **Keywords:** Oncology nursing, fear of cancer recurrence; **Cancer Survivors;**  
49 Questionnaires; **FCR6/7-SP.**  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 **INTRODUCCIÓN**  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23

El cáncer es una enfermedad compleja donde las medidas de prevención y de diagnóstico precoz así como los avances en los tratamientos han logrado un incremento del 20% en la supervivencia **global** en los últimos años<sup>1</sup>. Las necesidades de las personas afectadas pueden variar según el tipo de cáncer y el pronóstico, las pruebas diagnósticas y los tipos de tratamiento a los que deban someterse<sup>2</sup> y conlleva un continuo proceso de adaptación con cambios profundos que afectan directamente a la calidad de vida de los pacientes y sus familias<sup>3,4</sup>. El aumento de la esperanza de vida y la creciente complejidad clínica del proceso, hace que sea fundamental poner el foco en las necesidades de los pacientes considerados “largos supervivientes”.

Entre los problemas más comunes manifestados por los pacientes oncológicos cabe destacar la aparición del miedo a la recidiva (fear of cancer recurrence en inglés - FCR-) definido como: “temor o preocupación de que el cáncer pueda regresar o progresar en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo”<sup>5</sup>.

En este sentido, la presencia de una cierto grado de FCR se considera normal y funcional en los supervivientes de cáncer<sup>6</sup>, aunque, no siempre el grado de preocupación es el adecuado. Cuando el FCR se eleva, puede producir deterioro funcional, síntomas psicológicos, pérdida de concentración, disminución de la calidad de vida, propensión a la depresión y una mayor utilización de los servicios de sanitarios, **así como el uso** medicamentos hipnóticos<sup>7</sup>. Algunos estudios apuntan que el FCR aumenta la demanda de los pacientes y **sus familias**, con mayor número de peticiones diagnósticas y visitas a los servicios especializados, aumentando, por tanto, la presión asistencial<sup>8</sup>.

Aunque no existe consenso en los datos disponibles, se estima que entre el 30 y 70% de las personas supervivientes al cáncer, el FCR se convierte en una preocupación crónica que afecta negativamente al desarrollo diario y a su calidad de vida<sup>9</sup>. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de FCR y su repercusión en la

1  
2  
3  
4 vida de los pacientes<sup>10</sup>, existe una importante infravaloración y falta de abordaje  
5 dentro de los programas de seguimiento tradicionales en el sistema sanitario<sup>11-14</sup>.  
6  
7  
8  
9  
10

11 Pese a ello, los profesionales reconocen que el FCR es un problema común al que  
12 se enfrentan en la práctica clínica, pero no están seguros de cómo manejarlo<sup>12</sup>,  
13 siendo necesario incorporar sistemas específicos de valoración que permitan  
14 identificar los niveles de miedo a la recidiva para abordarlo precozmente y evitar  
15 que progrese a un nivel severo, donde su abordaje es mucho más complejo.  
16  
17  
18  
19  
20

21 En este contexto, se planteó este estudio cuyo objetivo fue describir los niveles de  
22 miedo a la recidiva en los pacientes oncológicos en fase de seguimiento atendidos  
23 en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de  
24 Huelva (HUJRJ).  
25  
26  
27  
28  
29

## 30 MÉTODO

### 31 Diseño

32 Se ha realizado un estudio **observacional**, descriptivo y transversal.

### 37 Población y ámbito de estudio

38 Se incluyeron a todos los pacientes oncológicos en fase de seguimiento que  
39 acudieron a las Consultas de Oncología del Hospital Universitario Juan Ramón  
40 Jiménez de Huelva desde junio de 2023 hasta febrero de 2024.  
41  
42  
43  
44  
45

### 46 Criterios de selección

47 Criterios de inclusión:

- 48  
49 a) Personas mayores de 18 años.  
50 b) Capacidad de leer y entender el castellano.  
51 c) Diagnóstico de cáncer no metastásico en proceso de seguimiento tras, al  
52 menos, 6 meses después de la finalización del tratamiento activo.  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 Criterios de exclusión: pacientes con problemas de audición o ceguera, con  
5 problemas de salud mental, en tratamiento paliativo o con alteraciones del nivel de  
6 conciencia.  
7  
8  
9

10  
11 **Tamaño muestral**  
12

13 Los participantes se han seleccionado mediante muestreo no probabilístico,  
14 consecutivo, según los criterios de inclusión. Se ha realizado el cálculo del tamaño  
15 muestral en base a los datos clínicos disponibles. Según los datos **del HUJRJ** del  
16 año 2022, los pacientes en seguimiento que habían finalizado su tratamiento en los  
17 últimos 6 meses eran principalmente de cáncer de mama (380) y cáncer de colon  
18 (400). Con estos datos, la población de estudio serían 780 personas.  
19  
20  
21  
22  
23

24 Según los cálculos realizados con QuestionPro con un nivel de confianza del 95%  
25 y un margen de error del 5% se estima un tamaño muestral necesario de 259  
26 personas más un 20% adicional para cubrir posibles pérdidas ( $259+51,8=310,8$ ).  
27  
28  
29

30  
31 **Variables e instrumento**  
32

33 Se seleccionaron un conjunto de variables sociodemográficas y clínicas  
34 relacionadas con el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer detalladas a  
35 continuación y el cuestionario FCR7-SP como instrumento para la valoración del  
36 miedo a la recidiva.  
37  
38

39 

- *Variables sociodemográficas:*

40 Fecha nacimiento, sexo, lugar de residencia, nacionalidad, estado civil, composición  
41 de unidad familiar que conviven en el domicilio, número de hijos, cargas familiares,  
42 nivel de estudios, actividad laboral, ingresos económicos.  
43  
44

45 

- *Variables clínicas:*

46 Diagnóstico, fecha de diagnóstico, estadio, tratamiento recibido, fecha fin de  
47 tratamiento activo, tratamiento actual, visita psicooncólogo/a, visita Unidad Integral  
48 de Oncología HUJRJ, contacto con Enfermera de Práctica Avanzada Oncológica y  
49 utilización de recursos de apoyo social.  
50  
51

52 

- *Instrumento*

53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 La versión original en inglés del cuestionario FCR7 para evaluar el miedo a la  
5 recidiva de los pacientes con cáncer fue desarrollada por Humphris<sup>15</sup> en 2018 en la  
6 Universidad de St. Andrews (Escocia) y ha sido adaptada y validada en español por  
7 Díaz-Periénez<sup>16,17</sup>. Este instrumento consta de 7 ítems con una escala de medida  
8 tipo Likert de 1 (en absoluto) a 5 (todo el tiempo) y cuya puntuación oscila entre 7 y  
9 35 puntos. Las puntuaciones más altas indican mayor miedo a la recidiva. La  
10 fiabilidad es adecuada, con un coeficiente omega de 0,93 y un alfa de Cronbach de  
11 0,92.  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20

## 21 **Recogida de datos**

22 La recogida de datos se llevó a cabo desde junio de 2023 hasta febrero de 2024. La  
23 captación fue realizada por los profesionales de Enfermería de las consultas  
24 externas de Oncología del HUJRJ, quienes informaron a los pacientes de los  
25 detalles del estudio y les entregaron la hoja informativa con las diferentes formas de  
26 participación: a través de un enlace web/código QR para cumplimentar el formulario  
27 de manera autónoma o si deseaban ser contactados telefónicamente. Todos los  
28 pacientes firmaron un consentimiento informado previamente a su participación.  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35

## 36 **Análisis de datos**

37 Se realizó un análisis univariado de la muestra. Los datos de las variables  
38 cualitativas se expresaron en porcentajes y frecuencias y las cuantitativas, en  
39 medias, mediana, desviación estándar, rango intercuartílico y valores mínimos y  
40 máximos. Para explorar las posibles correlaciones existentes se aplicó el coeficiente  
41 de correlación de Spearman, dado que la prueba de normalidad (Kolmogorov-  
42 Smirnov) determinó la no simetría en la distribución de las puntuaciones de la FCR7.  
43  
44

45 Se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para la comparación de  
46 medias en dos grupos y la prueba de contraste de Kruskall Wallis para  
47 comparaciones de medias entre más de dos grupos, realizándose un contraste post  
48 hoc (test de Dwass-Steel-Critchlow-Fligne) para comprobar las diferencias entre  
49 grupos. Se estableció como significación estadística un valor  $p \leq 0,05$ . El análisis de  
50 datos se realizó con el programa IBM® SPSS (v.29.0.1.0).  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 **Consideraciones Éticas**  
5  
6 Se han tenido en cuenta los principios éticos aplicables en la investigación sanitaria  
7 recogidos en la Declaración de Helsinki 2024 y el informe Belmont. Además, se ha  
8 atendido a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección  
9 de datos personales y garantía de los derechos digitales. Se han codificado los  
10 cuestionarios y la base de datos ha sido custodiada por la investigadora principal,  
11 contando con las garantías de protección de datos institucional de la Universidad de  
12 Huelva al ser el organismo donde se ha alojado la base de datos de Redcap. La  
13 información ha sido tratada de manera cuidadosa y la cumplimentación de la misma  
14 ha mantenido la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes. Se  
15 facilitó una hoja de información y se solicitó el correspondiente consentimiento  
16 informado a todos los participantes. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de  
17 Ética de Investigación Provincial de Huelva y de la Dirección-Gerencia del centro  
18 participante (PI 2167/N/21).  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

32 **RESULTADOS**  
33  
34

35 **Perfil sociodemográfico y clínico de la muestra**  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50

51 Se analizaron los datos de 315 participantes, cuyas características  
52 sociodemográficas se recogen en la tabla 1. Como perfil general, cabe destacar  
53 que el 85,1% eran mujeres, con una edad media de 57,91 años (DE ±11,80). La  
54 mayoría residía en Huelva capital (55,6%), de nacionalidad española (94%),  
55 casados (55,6%) y sin cargas familiares (52,4%). En términos educativos, más de  
56 la mitad (57,5%) contaba con estudios primarios y un 21,6% con estudios  
57 universitarios. Respecto a la actividad laboral, un 33,3% de los participantes se  
58 mantienen activos. Los ingresos anuales predominantes se encontraban entre  
59 10.001 y 20.000 euros (58,5%).  
60

61 Con respecto a las características clínicas de los participantes, según se recoge en  
62 la tabla 2, el cáncer de mama fue el más frecuente (63,5%), seguido por el  
63 colorrectal (20%) y otros tipos (16,5%). La mayoría de los diagnósticos fueron  
64 estadio II (53,7%). En cuanto a los tratamientos, el 23,2% recibió cirugía como única  
65 modalidad, mientras que el 27,6% la combinó con quimioterapia y el 24,1% con

radioterapia. El tiempo promedio desde el diagnóstico fue de 34 meses, y desde la finalización del tratamiento activo, 27 meses. En el momento de la entrevista, el 64% seguía tratamiento hormonal.

El uso de servicios de apoyo especializados fue limitado: el 94,6% de los participantes no había contactado nunca con Psicooncología, mientras que solo el 5,4% lo hizo directamente o mediante la Unidad Integral Oncológica (UIO). Las consultas a la UIO se realizaron en un 9,5% de los casos, y apenas un 2,5% tuvo contacto con la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), **destacando** que un 16,2% indicó no saber **que existía esta figura**. El uso de recursos de apoyo social fue bajo: el 11,3% se vinculó con asociaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer o la Asociación Onubense de Cáncer de Mama.

## Miedo a la recidiva de cáncer

La puntuación media obtenida en el FCR7-SP fue de 26,5 puntos (IC95%: 25,8-27,3) (Tabla 3).

Se identificaron 5 puntos de corte basados en los percentiles obtenidos:

- Muy bajo: ≤ 18 puntos (10% de los participantes).
- Bajo: 19 a 23 puntos (25%).
- Medio: 24 a 27 puntos (50%).
- Alto: 28 a 32 puntos (75%).
- Muy alto: 33 a 35 puntos (90%).

Según estos datos, el nivel medio de FCR es moderado (valores más altos reflejan mayor miedo) (**gráfico 2**). El análisis detallado por ítems reveló que las puntuaciones más bajas se dieron en los ítems 4, 5 y 7 (**tabla 3**). Las medias oscilaron entre 2,93 (ítem 5: “*Pienso en la reaparición del cáncer cuando no quiero*”) y el más alto fue de 4,54 de valor medio (ítem 6: “*Me examino para ver si tengo signos físicos de cáncer*”). Este último presentó un intervalo de confianza estrecho, indicando respuestas consistentes, mientras que el ítem 5 mostró mayor variabilidad.

El gráfico 1 representa el porcentaje de respuesta de cada ítems donde se puede observar la tendencia de respuesta para cada pregunta. La tendencia general de

1  
2  
3  
4 respuestas se inclinó hacia niveles altos en los ítems 1 (“*Me temo que el cáncer*  
5 *puede aparecer*”) y 6 donde el 78,1% reportó examinarse constantemente en busca  
6 de signos de cáncer. En el ítem 7, el 34,9% indicó que la preocupación por el cáncer  
7 afecta con frecuencia sus pensamientos y actividades.  
8  
9  
10  
11  
12

## 13 Análisis inferencial

14 Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de miedo a  
15 la recidiva (FCR) según el sexo, la nacionalidad y el estado de tratamiento activo,  
16 con tamaños de efecto medio para la nacionalidad y grandes para el sexo y el  
17 tratamiento activo (Tabla 4).

18 Asimismo, se observaron diferencias significativas según el tipo de cáncer,  
19 particularmente entre los grupos de cáncer de mama, colorrectal y otros tipos, lo  
20 que sugiere una relación entre la naturaleza del diagnóstico y el nivel de miedo a la  
21 recidiva (Tabla 5).  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

## 31 DISCUSIÓN

32 Los resultados obtenidos en este estudio reflejan que los participantes presentan  
33 niveles moderados de miedo a la recidiva del cáncer (FCR) medido a través del  
34 instrumento FCR7-SP. Aunque existen pocos datos, un estudio multicéntrico previo  
35 realizado en 2024 en España, establece que el 28% de los pacientes **oncológicos**  
36 **en fase de seguimiento** tienen niveles bajos de FCR y 72% niveles altos<sup>18</sup>. Cabe  
37 destacar que el instrumento utilizado en este estudio, la *Cancer Worry Scale*, es un  
38 cuestionario diseñado para la población general y no específicamente para  
39 pacientes oncológicos, lo cual podría haber condicionado los datos obtenidos.

40 La dispersión observada en los valores del miedo a la recidiva indica una  
41 heterogeneidad considerable, lo cual podría estar relacionado con las  
42 características individuales de los participantes, el tipo de cáncer, el tiempo  
43 transcurrido desde el diagnóstico y las experiencias previas de tratamiento. Esta  
44 variabilidad es consistente con estudios previos que han demostrado que el miedo  
45 a la recidiva no es uniforme en la población oncológica, sino que varía en función  
46 de múltiples factores clínicos y emocionales<sup>9,12</sup>.

47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 La mayor puntuación media obtenida en el FCR7-SP puede explicarse por la  
5 amplitud de la escala y su capacidad para capturar niveles más altos de FCR, lo  
6 que podría ser relevante en el contexto clínico. Una mayor dispersión también  
7 sugiere que el FCR7-SP permite una diferenciación más precisa entre pacientes  
8 con niveles bajos, moderados y elevados de miedo a la recidiva. Esta capacidad  
9 discriminativa es fundamental, ya que facilita la identificación de aquellos individuos  
10 que requieren intervenciones específicas y adaptadas para el manejo del FCR  
11 severo. Para poder confirmar la propuesta de posibles puntos de corte, sería  
12 necesario plantear futuros estudios de prevalencia a mayor escala que nos permitan  
13 confirmar este modelo que ayudaría al establecimiento con mayor precisión de los  
14 niveles patológicos objeto de intervención.  
15  
16

17 En este sentido, los resultados subrayan la necesidad de seleccionar instrumentos  
18 que no sólo sean válidos y confiables, sino también sensibles a los niveles más altos  
19 de FCR. El uso del FCR7-SP en contextos clínicos podría proporcionar una  
20 herramienta más robusta para la detección y seguimiento de este fenómeno,  
21 permitiendo a los profesionales de la salud priorizar intervenciones tempranas en  
22 pacientes con mayores niveles.  
23  
24

25 Dado que sigue sin conocerse con exactitud los factores predictivos del FCR, es  
26 primordial que los equipos sanitarios sean sensibles a la identificación de signos y  
27 síntomas en distintos momentos del proceso oncológico **detectando** valores  
28 patológicos de miedo a la recidiva. El reconocimiento temprano, el apoyo y la  
29 validación, junto con las derivaciones adecuadas a oncología psicosocial, pueden  
30 ser beneficiosos para muchos pacientes<sup>19</sup>.  
31  
32

33 En este caso, se confirma que el instrumento utilizado es sensible a variaciones de  
34 sexo, nacionalidad, tratamiento y tipo de cáncer, cuestión de gran importancia para  
35 su aplicación en diferentes contextos clínicos. El miedo a la recidiva es diferente  
36 para el cáncer de mama en relación con otros cánceres como el de colon,  
37 posiblemente debido a una mayor muestra y mayor supervivencia en cáncer de  
38 mama, lo cual puede influir en las manifestaciones de miedo a la recidiva<sup>20</sup>. **En**  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

cualquier caso, sería oportuno seguir profundizando en estos resultados incorporando la perspectiva de género en futuros estudios en este campo.

Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar de manera rutinaria el miedo a la recidiva en la población oncológica. La medición precisa con instrumentos estandarizados, como el FCR7-SP, podría contribuir a optimizar el manejo clínico del FCR y a diseñar estrategias de apoyo más efectivas para los pacientes que presentan esta preocupación constante<sup>21-25</sup>.

En conclusión, el nivel medio de miedo a la recidiva en los pacientes oncológicos en fase de seguimiento del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva incluidos en el estudio es moderado. Las mujeres, los pacientes en tratamiento activo y aquellos con diagnóstico de cáncer de mama muestran niveles más elevados de miedo a la recidiva, subrayando la necesidad de priorizar la atención específica para estos grupos vulnerables. Es fundamental identificar los factores que influyen en el nivel de miedo a la recidiva para diseñar intervenciones preventivas y/ o abordaje precoz. El abordaje integral del miedo a la recidiva debe ser una prioridad en el manejo oncológico, no sólo para mejorar el bienestar emocional de los pacientes, sino también para optimizar el uso de los recursos sanitarios, promoviendo una atención más eficiente y equitativa.

## REFERENCIAS

1. Cavallar Oriol B, García-Vivar C. Necesidades de los familiares en la etapa de larga supervivencia de cáncer. Enferm Oncol [Internet]. 2019;21(2):42–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37395/seeo.2019.0006>
2. Padura-Blanco I & Ulibarri-Ochoa A. Revisión crítica de la literatura sobre las necesidades no cubiertas de personas supervivientes de cáncer. Enferm Oncol [Internet]. 2021;23(1):10–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37395/seeo.2021.0002>
3. Driessen HPA, Busschbach JJV, van der Rijt CCD, Elfrink EJ, Raijmakers NJH, van Roij J, et al. Unmet care needs of patients with advanced cancer and their relatives: multicentre observational study. BMJ Support Palliat Care [Internet]. 2023;14(e1):e1413–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/spcare-2023-004242>

- 1  
2  
3  
4 4. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Fernández A, Marín A, Martínez AI, Monroy  
5 A, et al. End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient  
6 and family experiences. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2024;23(1). Disponible  
7 en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-024-01489-1>  
8  
9 5. Lebel S, Simard S, Harris C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M, et al.  
10 Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence  
11 Inventory. *Qual Life Res* [Internet]. 2016;25(2):311–21. Disponible en:  
12 <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2>  
13  
14 6. Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect  
15 of psychological intervention on fear of cancer recurrence: A systematic  
16 review and meta-analysis. *J Clin Oncol* [Internet]. 2019;37(31):2899–915.  
17 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/jco.19.00572>  
18  
19 7. McHale CT, Cruickshank S, Torrens C, Armes J, Fenlon D, Banks E, et al. A  
20 controlled pilot trial of a nurse-led intervention (Mini-AFTERc) to manage fear  
21 of cancer recurrence in patients affected by breast cancer. *Pilot Feasibility  
22 Stud* [Internet]. 2020;6(1). Disponible en:  
23 <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-020-00610-4>  
24  
25 8. Liu JJ, Butow P, Beith J. Systematic review of interventions by non-mental  
26 health specialists for managing fear of cancer recurrence in adult cancer  
27 survivors. *Support Care Cancer* [Internet]. 2019;27(11):4055–67. Disponible  
28 en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04979-8>  
29  
30 9. van de Wal M, Servaes P, Berry R, Thewes B, Prins J. Cognitive behavior  
31 therapy for fear of cancer recurrence: a case study. *J Clin Psychol Med  
32 Settings* [Internet]. 2018;25(4):390–407. Disponible en:  
33 <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9545-z>  
34  
35 10. Ardanaz Echeverría N, Ibáñez Munárriz M, Soto Simbaña B & García Vivar  
36 C. Miedo a la recidiva del cáncer en la etapa de supervivencia: una revisión  
37 narrativa. *Enfermería Oncológica*, 2022;24(1).  
38 <https://doi.org/10.37395.SEEO.2022.16>  
39  
40 11. Belber-Gómez M, Valencia-Agudo F, De la Viuda-Suárez ME. Análisis de la  
41 experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary* [Internet].  
42 2018;15(1):71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783x.2021>  
43  
44 12. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WWT, Lebel  
45 S, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer  
46 survivors and patients? A systematic review and individual participant data  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

- meta-analysis. *Psychooncology* [Internet]. 2022;31(6):879–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5921>
13. Sarang B, Bhandarkar P, Parsekar SS, Patil P, Venghateri JB, Ghoshal R, et al. Concerns and coping mechanisms of breast cancer survivor women from Asia: a scoping review. *Support Care Cancer* [Internet]. 2023;31(9). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-023-07996-w>
14. Coutts-Bain D, Sharpe L, Pradhan P, Russell H, Heathcote LC, Costa D. Are fear of cancer recurrence and fear of progression equivalent constructs? *Psychooncology* [Internet]. 2022;31(8):1381–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5944>
15. Humphris GM, Watson E, Sharpe M, Ozakinci G. Unidimensional scales for fears of cancer recurrence and their psychometric properties: the FCR4 and FCR7. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2018;16(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-018-0850-x>
16. Díaz-Periéz C. Miedo a la recidiva, resiliencia y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos en fase de seguimiento [Tesis Doctoral]. Huelva: Universidad de Huelva; 2025.
17. Díaz-Periéz C, Camacho-Bejarano R, González-de la Torre H, Cruickshank S, Humphris GM, Bayo-Lozano E, et al. Transcultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of the FCR7 questionnaire for assessing fear of recurrence in cancer patients: FCR6/7-SP. *Preprints*. 2024. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20944/preprints202412.1029.v1>
18. Calderon C, Gustems M, Galán-Moral R, Muñoz-Sánchez MM, Ostios-García L, Jiménez-Fonseca P. Fear of recurrence in advanced cancer patients: Sociodemographic, clinical, and psychological correlates. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2024;16(5):909. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/cancers16050909>
19. Bergerot CD, Ferreira LN, Molina LNM, Pagung LB, Pedersen B da S, de Andrade TG, et al. Fear of cancer recurrence among Brazilian patients with cancer: Translation and cultural adaptation of FCR4/7 and FCRI-SF measures. *J Psychosom Res* [Internet]. 2023;165(111125):111125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111125>
20. Ren H, Yang T, Yin X, Tong L, Shi J, Yang J, et al. Prediction of high-level fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: An integrative approach utilizing random forest algorithm and visual nomogram. *Eur J Oncol Nurs*

1  
2  
3  
4 [Internet]. 2024;70(102579):102579. Disponible en:  
5 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102579>  
6  
7

- 8 21. Bai Y, Zhang J, Sun Y, Wang Y, Xu H. Latent profile analysis and related  
9 factors for fear of cancer recurrence among Chinese breast cancer patients  
10 in rehabilitation. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2024;71(102651):102651.  
11 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102651>  
12  
13 22. Fang S-Y, Fetzer SJ, Lee K-T, Kuo Y-L. Fear of recurrence as a predictor of  
care needs for long-term breast cancer survivors. Cancer Nurs [Internet].  
14 2018;41(1):69–76. Disponible en:  
15 <http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0000000000000455>  
16  
17 23. Koral L, Cirak Y. The relationships between fear of cancer recurrence,  
spiritual well- being and psychological resilience in non- metastatic breast  
18 cancer survivors during the COVID- 19 outbreak. Psychooncology [Internet].  
19 2021;30(10):1765–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5727>  
20  
21 24. Lai W-S, Shu B-C, Hou W-L. A qualitative exploration of the fear of recurrence  
among Taiwanese breast cancer survivors. Eur J Cancer Care (Engl)  
22 [Internet]. 2019;28(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.13113>  
23  
24 25. Li MC, Cheng HL. Fear of cancer recurrence, supportive care needs, and the  
utilization of psychosocial services in cancer survivors: A cross- sectional  
25 survey in Hong Kong. Psychooncology [Internet]. 2021;30(4):602–13.  
26 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5609>  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas**

<b>Variables sociodemográficas</b>		<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sexo</b>	Mujer Hombre	268 47	85,1 14,9
<b>Residencia</b>	Huelva capital Distrito Huelva-Costa Distrito Condado-Campiña Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central	141 55 113 6	44,8 17,5 35,9 1,9
<b>Nacionalidad</b>	<b>Española</b> Extranjero	296 19	94 6,0
<b>Estado Civil</b>	Casado Tiene pareja Divorciado Separado Soltero Viudo	175 21 46 11 29 32	55,7 6,8 14,6 3,5 9,2 10,2
<b>Composición unidad familiar</b>	Vive solo/a Vive con su pareja Vive con sus hijos Vive con pareja e hijos	65 110 55 85	20,6 34,9 17,5 27
<b>Cargas familiares</b>	Sin cargas Cuidado de hijos menores Cuidado de personas mayores Cuidado de menores y mayores	165 100 24 26	52,5 31,5 7,6 8,3
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios o estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios	181 66 68	57,5 21 21,5
<b>Actividad laboral</b>	Desempleado Laboralmente activo Baja laboral/incapacidad transitoria Incapacidad permanente Jubilado	33 105 47 37 93	10,5 33,4 14,9 11,7 29,5
<b>Ingresos unidad familiar</b>	<10000€/año 10001-20000€/año 20001-30000€/año 30001-40000€/año >40000€/año	74 184 48 3 6	23,5 58,5 15,2 1,0 1,8

**Tabla 2. Descripción de las variables clínicas**

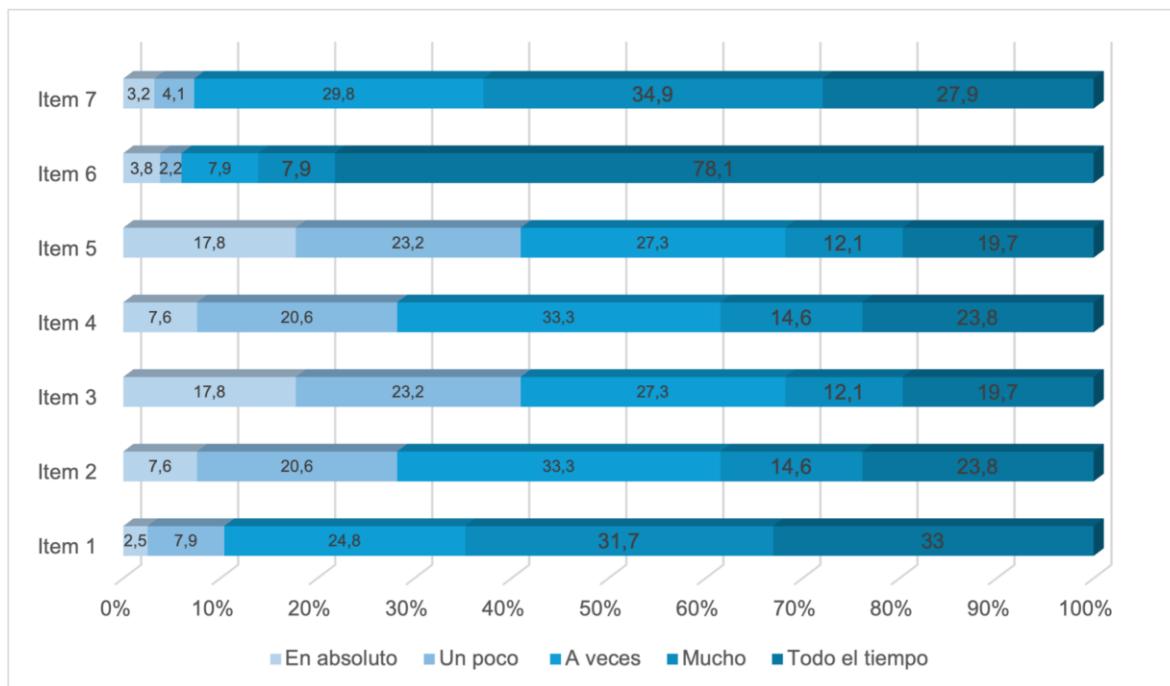
Variables sociodemográficas		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Tipo de tumor</b>	Cáncer de mama Cáncer de colon Otros	200 63 52	63,5 20 16,5
<b>Fecha de diagnóstico</b>	6 a 12 m 13 a 24 m 25 a 36 m 37 a 48 m 49 a 60 m	72 89 80 54 20	22,8 28,2 25,4 17,1 6,3
<b>Estadio del tumor</b>	No lo sé I II III IV	25 71 169 41 9	7,9 22,5 53,7 13 2,9
<b>Tratamiento recibido</b>	Cirugía Quimioterapia (C) +(QT) (C) +(RT) (C) + QT + RT	73 13 87 76 61	23,5 4,2 28,1 24,5 19,7
<b>Fecha en la que finalizó el tratamiento activo</b>	6 a 12m 13 a 24m 25 a 36m 37 a 48m 49 a 60m 61 a 73m	18 89 78 74 37 19	5,7 28,3 24,8 23,5 11,7 6
<b>Continuidad de tratamiento</b>	Sí No	200 115	63,5 36,5
<b>Visita al psicooncólogo</b>	Sí No	17 298	5,4 94,6
<b>Visita a la Unidad Integral de Oncología del HUJRJ</b>	Sí, + psicooncólogo Sí, sin psicooncólogo No	7 23 285	2,2 7,3 90,5
<b>Contacto con la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)</b>	Sí No No sé	8 256 51	2,5 81,3 16,2
<b>Utilización de recursos de apoyo social</b>	Sí No	36 279	11,4 88,6

m: meses, C: cirugía, QT: quimioterapia, RT: radioterapia

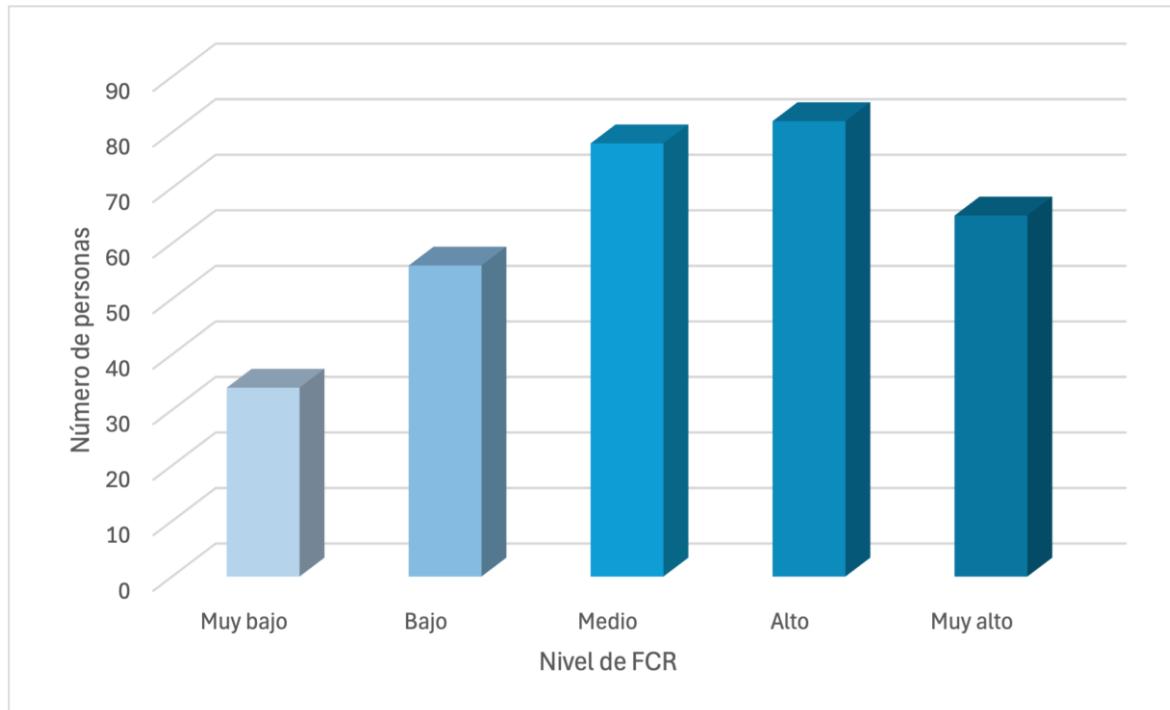
**Tabla 3. Análisis descriptivo de los ítems del FCR7-SP**

Ítems	Media (IC 95%)	Mediana	Desviación Estándar
FCR1. Me temo que el cáncer puede aparecer.	4,25 (4,15-4,36)	5	0,98
FCR2. Estoy preocupado o ansioso por la posibilidad de recurrencia del cáncer.	3,91 (3,78-4,03)	4	1,12
FCR3. ¿Con qué frecuencia le preocupa la posibilidad de contraer cáncer nuevamente?	3,85 (3,73-3,96)	4	1,05
FCR4. Tengo vaivenes de fuertes sentimientos sobre el reaparición del cáncer.	3,26 (3,13-3,4)	3	1,24
FCR5. Pienso en la reaparición del cáncer cuando no quiero.	2,93 (2,78-3,98)	3	1,36
FCR6. Me examino para ver si tengo signos físicos de cáncer.	4,54 (4,43-4,65)	5	1
FCR7. ¿Hasta qué punto la preocupación de desarrollar cáncer nuevamente se apodera o interfiere en sus pensamientos y actividades?	3,8 (3,69-3,91)	4	0,99
<b>TOTAL FCR7</b>	<b>26,55 (25,8-27,3)</b>	<b>27</b>	<b>6,491</b>

**Gráfico 1. Porcentaje de respuesta de cada ítem del FCR7-SP**



**Gráfico 2. Prevalencia de los diferentes niveles de miedo a la recidiva según los datos obtenidos en el FCR7-SP**



**Tabla 4. Relación entre el miedo a la recidiva y las variables sociodemográficas y clínicas**

Variables		M(SD) <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>	Effect size <sup>3</sup> (Hedges's g)
<b>Sexo</b>	Mujer n=289	27,3 (6,19)		
	Hombre n=47	22,2 (6,51)		
			<0,001*	0,816
<b>Hijos</b>	Sí n=257	26,4 (6,48)		
	No n=58	27,4 (6,52)		
			0,224	0,153
<b>Nacionalidad</b>	Española n=296	26,3 (6,54)		
	No española n=19	30,2 (4,29)		
			0,013*	0,604
<b>Vive solo</b>	Sí n =65	26,7 (6,69)		
	Vive acompañado n=250	26,5 (6,45)		
			0,843	0,030
<b>Tratamiento activo</b>	No n=115	23,4 (6,89)		
	Sí n= 200	28,4 (5,49)		
			<0,001*	0,826
<b>Psicooncólogo/a durante el tratamiento</b>	Sí n= 17 No n=298	26,7 (6,37)		
	No	23,2 (7,84)		
			0,066	0,541

<sup>1</sup>Media (desviación estándar); <sup>2</sup>Prueba U de Mann-Whitney, \* valor estadísticamente significativo; <sup>3</sup>Tamaño del efecto según Hedges (g de Hedges): considera las varianzas y tamaños de ambos grupos. Valores < 0,2 indican efectos pequeños, 0,5, un efecto medio y 0,8, un efecto grande.

**Tabla 5. Análisis del miedo a la recidiva según el tipo de cáncer**

	Cáncer de Mama (a) (n=200)	Cáncer Colorrectal (b) (n=63)	Otros tipos de Cáncer (c) (n=52)	Chi cuadrado	Prueba de contraste de Kruskall Wallis	Tamaño de efecto	Dwass-Steel-Critchlow-Fligne Post Hoc
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	X <sup>2</sup>	Valor p	$\delta^2$	
<b>Miedo a la recidiva (FCR7-SP)</b>	28,4(5,16)	21,9(6,57)	25,1(7,81)	47,7	$\leq 0,001^*$	0,152	a,b( $p \leq 0,001$ )** a,c ( $p=0,015$ )** b,c ( $p=0,040$ )**

X<sup>2</sup>=Chi Cuadrado.  $\delta^2$ = Épsilon al cuadrado. Tamaño de efecto de 0 a 1, siendo 1 máximo efecto. \*Resultados estadísticamente significativos según la prueba de Kruskall Wallis. \*\*Valor p del contraste Dos a dos