



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ORIGINAL

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

Dolores Merino-Navarro^a, Cristina Díaz-Periáñez^{a,*}, Yolanda Bouzada-Guillén^b, Teresa Estrada-López^c, Juan Bayo-Calero^d, Héctor González de la Torre^e y Rafaela Camacho-Bejarano^f

^a Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España

^b Unidad de Oncología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^c Enfermera de Práctica Avanzada en Oncología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^d Oncología Médica, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

^e Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^f 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), España

Recibido el 23 de diciembre de 2024; aceptado el 26 de marzo de 2025

PALABRAS CLAVE

Enfermería oncológica;
Miedo a la recurrencia del cáncer;
Supervivientes de cáncer;
Cuestionarios;
FCR6/7-SP

Resumen

Objetivo: Describir los niveles de miedo a la recidiva en los pacientes oncológicos en fase de seguimiento.

Metodología: 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.

Resultados: Se observó una puntuación media de 26,5 sobre 35 puntos en la escala de FCR7-SP, lo que sugiere un nivel moderado de miedo. La media de edad fue de 57,91 años (DE: $\pm 11,80$). 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 el género, la nacionalidad, el tratamiento y el tipo de cáncer. Se proponen 5 puntos de corte de la escala FCR7-SP en función de los percentiles obtenidos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.perianez@denf.uhu.es (C. Díaz-Periáñez).

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 el abordaje precoz.

© 2025 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

KEYWORDS

Oncology nursing;
Fear of cancer
recurrence;
Cancer Survivors;
Questionnaires;
FCR6/7-SP

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

Abstract

Aim: To describe the levels of fear of recurrence in cancer patients in the follow-up phase.

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

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

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

© 2025 Published by Elsevier España, S.L.U.

¿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 los 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.

la supervivencia global en los últimos años¹. 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 someterse² y conlleva un continuo proceso de adaptación con cambios profundos que afectan directamente a la calidad de vida de los pacientes y sus familias^{3,4}. 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 [FCR]) definido como: «temor o preocupación de que el cáncer pueda regresar o progresar en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo»⁵.

En este sentido, la presencia de un cierto grado de FCR se considera normal y funcional en los supervivientes de cáncer⁶, 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 hipnóticos⁷. Algunos estudios apuntan que el FCR aumenta la demanda de los pacientes y sus familias, con mayor número de peticiones diagnósticas

Introducción

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

y visitas a los servicios especializados, aumentando, por tanto, la presión asistencial⁸.

Aunque no existe consenso en los datos disponibles, se estima que entre el 30 y el 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 vida⁹. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de FCR y su repercusión en la vida de los pacientes¹⁰, existe una importante infravaloración y falta de abordaje dentro de los programas de seguimiento tradicionales en el sistema sanitario¹¹⁻¹⁴.

Pese a ello, los profesionales reconocen que el FCR es un problema común al que se enfrentan en la práctica clínica, pero no están seguros de cómo manejarlo¹², siendo necesario incorporar sistemas específicos de valoración que permitan identificar los niveles de miedo a la recidiva para abordarlo precozmente y evitar que progrese a un nivel severo, donde su abordaje es mucho más complejo.

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

Método

Diseño

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población y ámbito de estudio

Se incluyeron a todos los pacientes oncológicos en fase de seguimiento que acudieron a las Consultas de Oncología del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva desde junio de 2023 hasta febrero de 2024.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Capacidad de leer y entender el castellano.
- Diagnóstico de cáncer no metastásico en proceso de seguimiento tras, al menos, 6 meses después de la finalización del tratamiento activo.

Criterios de exclusión

Pacientes con problemas de audición o ceguera, con problemas de salud mental, en tratamiento paliativo o con alteraciones del nivel de consciencia.

Tamaño muestral

Los participantes se han seleccionado mediante muestreo no probabilístico, consecutivo, según los criterios de inclusión. Se ha realizado el cálculo del tamaño muestral en base a los datos clínicos disponibles. Según los datos del HUIRJ del año 2022, los pacientes en seguimiento que habían finalizado su tratamiento en los últimos 6 meses eran principalmente de

cáncer de mama (380) y cáncer de colon (400). Con estos datos, la población de estudio serían 780 personas.

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

Variables e instrumento

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

Variables sociodemográficas

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

Variables clínicas

Diagnóstico, fecha de diagnóstico, estadio, tratamiento recibido, fecha fin de tratamiento activo, tratamiento actual, visita psicooncólogo/a, visita Unidad Integral de Oncología del HUIRJ, contacto con enfermera de práctica avanzada (EPA) oncológica y utilización de recursos de apoyo social.

Instrumento

La versión original en inglés del cuestionario FCR7 para evaluar el miedo a la recidiva de los pacientes con cáncer fue desarrollada por Humphris¹⁵ en 2018 en la Universidad de St. Andrews (Escocia) y ha sido adaptada y validada en español por Díaz-Periáñez^{16,17}. Este instrumento consta de 7 ítems con una escala de medida tipo Likert de 1 (en absoluto) a 5 (todo el tiempo) y cuya puntuación oscila entre 7 y 35 puntos. Las puntuaciones más altas indican mayor miedo a la recidiva. La fiabilidad es adecuada, con un coeficiente omega de 0,93 y un alfa de Cronbach de 0,92.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo desde junio de 2023 hasta febrero de 2024. La captación fue realizada por los profesionales de enfermería de las consultas externas de Oncología del HUIRJ, quienes informaron a los pacientes de los detalles del estudio y les entregaron la hoja informativa con las diferentes formas de participación: a través de un enlace web/código QR para cumplimentar el formulario de manera autónoma o si deseaban ser contactados telefónicamente. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado previamente a su participación.

Análisis de datos

Se realizó un análisis univariado de la muestra. Los datos de las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y frecuencias y las cuantitativas, en medias, mediana, desviación estándar, rango intercuartílico y valores mínimos y

Tabla 1 Descripción de las variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	268	85,1
	Varón	47	14,9
Residencia	Huelva capital	141	44,8
	Distrito Huelva-Costa	55	17,5
	Distrito Condado-Campiña	113	35,9
	Distrito Sierra de Huelva-Andévalo Central	6	1,9
Nacionalidad	Española	296	94
	Extranjero	19	6,0
Estado civil	Casado	175	55,7
	Tiene pareja	21	6,8
	Divorciado	46	14,6
	Separado	11	3,5
	Soltero	29	9,2
	Viudo	32	10,2
Composición unidad familiar	Vive solo/a	65	20,6
	Vive con su pareja	110	34,9
	Vive con sus hijos	55	17,5
	Vive con pareja e hijos	85	27
Cargas familiares	Sin cargas	165	52,5
	Cuidado de hijos menores	100	31,5
	Cuidado de personas mayores	24	7,6
	Cuidado de menores y mayores	26	8,3
Nivel de estudios	Sin estudios o estudios primarios	181	57,5
	Estudios secundarios	66	21
	Estudios universitarios	68	21,5
Actividad laboral	Desempleado	33	10,5
	Laboralmente activo	105	33,4
	Baja laboral/incapacidad transitoria	47	14,9
	Incapacidad permanente	37	11,7
	Jubilado	93	29,5
Ingresos unidad familiar	< 10.000 €/año	74	23,5
	10.001-20.000 €/año	184	58,5
	20.001-30.000 €/año	48	15,2
	30.001-40.000 €/año	3	1,0
	> 40.000 €/año	6	1,8

máximos. Para explorar las posibles correlaciones existentes se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) determinó la no simetría en la distribución de las puntuaciones de la FCR7. Se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para la comparación de medias en 2 grupos y la prueba de contraste de Kruskal-Wallis para comparaciones de medias entre más de 2 grupos, realizándose un contraste *post hoc* (test de Dwass-Steel-Critchlow-Fligne) para comprobar las diferencias entre grupos. Se estableció como significación estadística un valor $p \leq 0,05$. El análisis de datos se realizó con el programa IBM® SPSS (v.29.0.1.0).

Resultados

Perfil sociodemográfico y clínico de la muestra

Se analizaron los datos de 315 participantes, cuyas características sociodemográficas se recogen en la [tabla 1](#). Como

perfil general, cabe destacar que el 85,1% eran mujeres, con una edad media de 57,91 años (DE: $\pm 11,80$). La mayoría residía en Huelva capital (55,6%), de nacionalidad española (94%), casados (55,6%) y sin cargas familiares (52,4%). En términos educativos, más de la mitad (57,5%) contaba con estudios primarios y un 21,6% con estudios universitarios. Respecto a la actividad laboral, un 33,3% de los participantes se mantienen activos. Los ingresos anuales predominantes se encontraban entre 10.001 y 20.000 € (58,5%).

Con respecto a las características clínicas de los participantes, según se recoge en la [tabla 2](#), el cáncer de mama fue el más frecuente (63,5%), seguido por el colorrectal (20%) y otros tipos (16,5%). La mayoría de los diagnósticos fueron estadio II (53,7%). En cuanto a los tratamientos, el 23,2% recibió cirugía como única 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.

Tabla 2 Descripción de las variables clínicas

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

C: cirugía; m: meses; QT: quimioterapia; RT: radioterapia.

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 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 (IC 95%: 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.

La gráfico 1 representa el porcentaje de respuesta de cada ítem, donde se puede observar la tendencia de respuesta para cada pregunta. La tendencia

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 la 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
Total FCR7	26,55 (25,8-27,3)	27	6,491

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

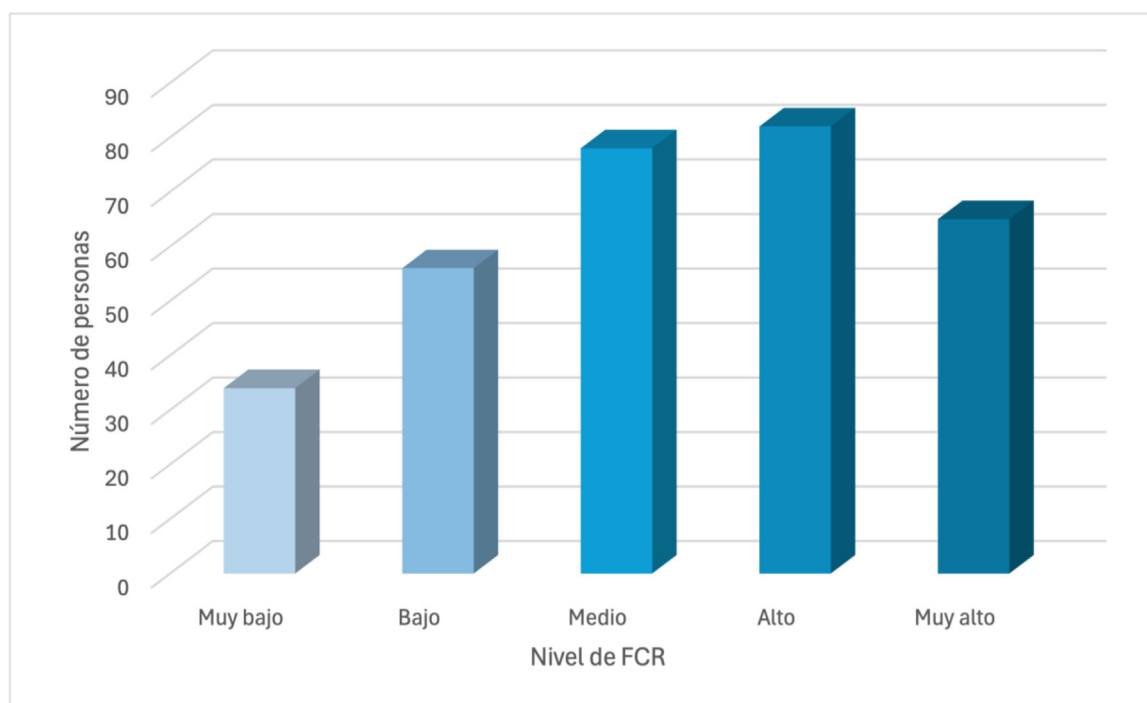


Gráfico 2 Prevalencia de los diferentes niveles del miedo a la recidiva según los datos obtenidos en el FCR7-SP.

general de respuestas se inclinó hacia niveles altos en los ítems 1 («*Me temo que el cáncer puede aparecer*») y 6 donde el 78,1% reportó examinarse constantemente en busca de signos de cáncer. En el ítem 7, el 34,9% indicó que la preocupación por el cáncer afecta con frecuencia sus pensamientos y actividades.

Análisis inferencial

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de miedo a la recidiva (FCR) según el sexo, la nacionalidad y el estado de tratamiento activo, con tamaños

de efecto medio para la nacionalidad y grandes para el sexo y el tratamiento activo (tabla 4).

Asimismo, se observaron diferencias significativas según el tipo de cáncer, particularmente entre los grupos de cáncer de mama, colorrectal y otros tipos, lo que sugiere una relación entre la naturaleza del diagnóstico y el nivel de miedo a la recidiva (tabla 5).

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan que los participantes presentan niveles moderados de miedo a la

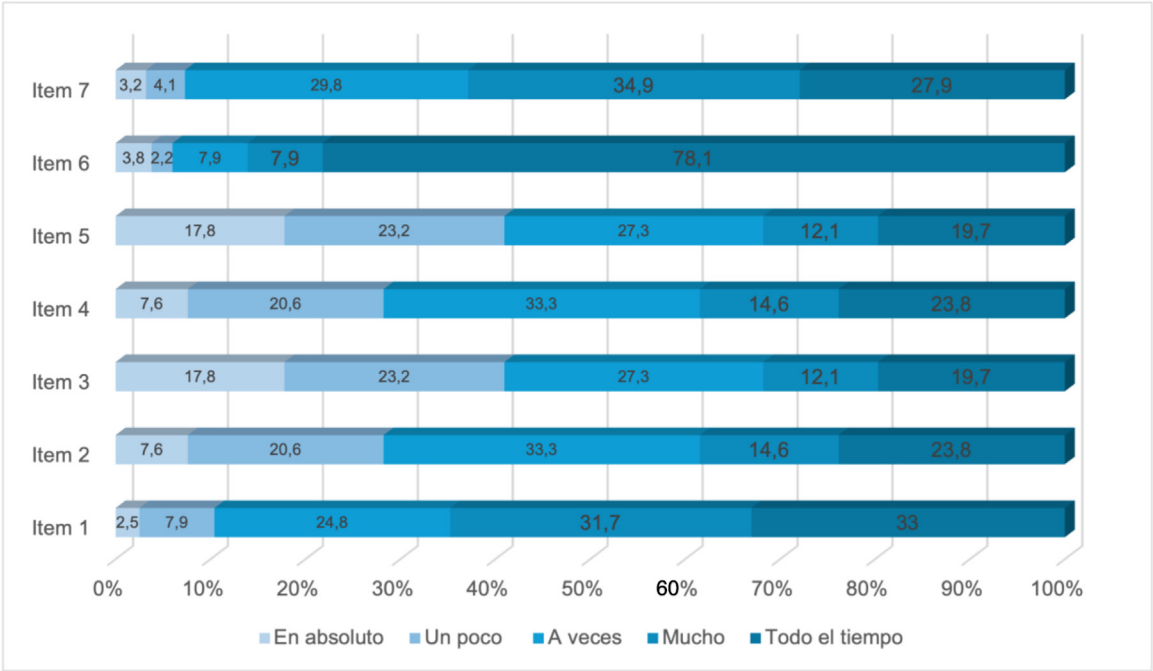


Gráfico 1 Porcentaje de respuesta de cada ítem del FCR7-SP.

Tabla 4 Relación entre el miedo a la recidiva y las variables sociodemográficas y clínicas				
Variables		M (SD)	Valor de p ^a	Tamaño del efecto ^b (g de Hedges)
Sexo	Mujer n = 289	27,3 (6,19)	<0,001*	0,816
	Varón n = 47	22,2 (6,51)		
Hijos	Sí n = 257	26,4 (6,48)	0,224	0,153
	No n = 58	27,4 (6,52)		
Nacionalidad	Española n = 296	26,3 (6,54)	0,013*	0,604
	No española n = 19	30,2 (4,29)		
Vive solo	Sí n = 65	26,7 (6,69)	0,843	0,030
	Vive acompañado n = 250	26,5 (6,45)		
Tratamiento activo	No n = 115	23,4 (6,89)	<0,001*	0,826
	Sí n = 200	28,4 (5,49)		
Psicooncólogo/a durante el tratamiento	Sí n = 17	26,7 (6,37)	0,066	0,541
	No n = 298	23,2 (7,84)		

M (SD): media (desviación estándar).

^a Prueba U de Mann-Whitney.

^b 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.

* Valor estadísticamente significativo.

recidiva del cáncer (FCR) medido a través del instrumento FCR7-SP. Aunque existen pocos datos, un estudio multicéntrico previo realizado en 2024 en España, establece que el 28% de los pacientes oncológicos en fase de segui-

miento tienen niveles bajos de FCR y el 72% niveles altos¹⁸. Cabe destacar que el instrumento utilizado en este estudio, la *Cancer Worry Scale*, es un cuestionario diseñado para la población general y no específicamente para los

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

	Cáncer de mama (n = 200)	Cáncer colorrectal (n = 63)	Otros tipos de cáncer (n = 52)	Chi-cuadrado	Prueba de contraste de Kruskall-Wallis	Tamaño de efecto	DSCF <i>post hoc</i>
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Chi-cuadrado	Valor de p	ε^2	
Miedo a la recidiva (FCR7-SP)	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 ($p = 0,040$)**

DSCF: The Dwass-Steel-Critchlow-Fligner; M (SD): media (desviación estándar); ε^2 : épsilon al cuadrado. Tamaño de efecto de 0 a 1, siendo 1 máximo efecto.

* Resultados estadísticamente significativos según la prueba de Kruskal-Wallis.

** Valor p del contraste 2 a 2.

pacientes oncológicos, lo cual podría haber condicionado los datos obtenidos.

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

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

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

Dado que sigue sin conocerse con exactitud los factores predictivos del FCR, es primordial que los equipos sanitarios sean sensibles a la identificación de signos y síntomas en distintos momentos del proceso oncológico detectando valores patológicos de miedo a la recidiva. El reconocimiento temprano, el apoyo y la validación, junto con las derivaciones

adecuadas a oncología psicosocial, pueden ser beneficiosos para muchos pacientes¹⁹.

En este caso, se confirma que el instrumento utilizado es sensible a variaciones de sexo, nacionalidad, tratamiento y tipo de cáncer, cuestión de gran importancia para su aplicación en diferentes contextos clínicos. El miedo a la recidiva es diferente para el cáncer de mama en relación con otros cánceres como el de colon, posiblemente debido a una mayor muestra y mayor supervivencia en cáncer de mama, lo cual puede influir en las manifestaciones de miedo a la recidiva²⁰. En 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 constante²¹⁻²⁵.

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 solo 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.

Autoría

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

Responsabilidades éticas

Se han tenido en cuenta los principios éticos aplicables en la investigación sanitaria recogidos en la Declaración de Helsinki 2024 y el informe Belmont. Además, se ha atendido a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Se han codificado los cuestionarios y la base de datos ha sido custodiada por la investigadora principal, contando con las garantías de protección de datos institucional de la Universidad de Huelva al ser el organismo donde se ha alojado la base de datos de Redcap. La información ha sido tratada de manera cuidadosa y la cumplimentación de la misma ha mantenido la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes. Se facilitó una hoja de información y se solicitó el correspondiente consentimiento informado a todos los participantes. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Provincial de Huelva y de la Dirección-Gerencia del centro participante (PI 2167/N/21).

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses que revelar.

Bibliografía

1. Cavallar Oriol B, García-Vivar C. Necesidades de los familiares en la etapa de larga supervivencia de cáncer. *Enferm Oncol*. 2019;21:42–51, <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*. 2021;23:10–28, <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*. 2023;14:e1413–21, <http://dx.doi.org/10.1136/spcare-2023-004242>.
4. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Fernández A, Marín A, Martínez AI, Monroy A, et al. End-of-life care needs in cancer patients: A qualitative study of patient and family experiences. *BMC Palliat Care*. 2024;23, <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-024-01489-1>.
5. Lebel S, Simard S, Harris C, Feldstain A, Beattie S, McCallum M, et al. Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Qual Life Res*. 2016;25:311–21, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2>.
6. 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;37:2899–915, <http://dx.doi.org/10.1200/jco.19.00572>.
7. McHale CT, Cruickshank S, Torrens C, Armes J, Fenlon D, Banks E, et al. A controlled pilot trial of a nurse-led intervention (Mini-AFTERC) to manage fear of cancer recurrence in patients affected by breast cancer. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6, <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-020-00610-4>.
8. Liu JJ, Butow P, Beith J. Systematic review of interventions by non-mental health specialists for managing fear of cancer recurrence in adult cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2019;27:4055–67, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04979-8>.
9. van de Wal M, Servaes P, Berry R, Thewes B, Prins J. Cognitive behavior therapy for fear of cancer recurrence: a case study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25:390–407, <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9545-z>.
10. Ardanaz Echeverría N, Ibáñez Munárriz M, Soto Simbaña B, García Vivar C. Miedo a la recidiva del cáncer en la etapa de supervivencia: una revisión narrativa. *Enfermería Oncológica*. 2022;24, 10.37395/SEE0.2022.16.
11. Belber-Gómez M, Valencia-Agudo F, De la Viuda-Suárez ME. Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary*. 2018;15:71, <http://dx.doi.org/10.21676/2389783x.2021>.
12. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WWT, Lebel S, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology*. 2022;31:879–92, <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*. 2023;31, <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*. 2022;31:1381–9, <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*. 2018;16, <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-018-0850-x>.
16. Díaz-Periáñez 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-Periáñez 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, <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)*. 2024;16:909, <http://dx.doi.org/10.3390/cancers16050909>.
19. Bergerot CD, Ferreira LN, Molina LNM, Pagung LB, Pedersen Bda 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*. 2023;165:111125, <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*. 2024;70:102579, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102579>.
21. Bai Y, Zhang J, Sun Y, Wang Y, Xu H. Latent profile analysis and related factors for fear of cancer recurrence among Chinese breast cancer patients in rehabilitation. *Eur J Oncol Nurs*. 2024;71:102651, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102651>.
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*. 2018;41:69–76, <http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0000000000000455>.
23. Koral L, Cirak Y. The relationships between fear of cancer recurrence, spiritual well-being and psychological resilience in non-metastatic breast cancer survivors during

- the COVID-19 outbreak. *Psychooncology*. 2021;30:1765–72, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5727>.
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)*. 2019;28, <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.13113>, e13113.
25. Li MC, Cheng HL. Fear of cancer recurrence, supportive care needs, and the utilization of psychosocial services in cancer survivors: A cross-sectional survey in Hong Kong. *Psychooncology*. 2021;30:602–13, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.5609>.