

¿Cómo intervenir psicológicamente cuando una sobreviviente de cáncer tiene miedo a la recurrencia?

Ivan Rivera-Olvera
Jorge Bazán-Muñoz
Verónica Neri-Flores
y Lizette Gálvez-Hernández

Resumen

Introducción: el miedo a la recurrencia (MRC) es común en sobrevivientes de cáncer de mama, lo que puede deteriorar su calidad de vida. La terapia de miedo a la recurrencia (TMR) reporta eficacia para disminuir este padecimiento, pero no ha sido implementada en pacientes que viven en países en desarrollo. *Caso clínico:* La paciente DCV, mujer de 25 años, reportó pensamientos y preocupaciones constantes sobre MRC; ansiedad moderada y sintomatología depresiva. *Método:* diseño preprueba-posprueba con seguimiento a dos meses. Se evaluó el MRC, sintomatología ansiosa y depresiva con instrumentos de autorreporte válidos y confiables. *Resultados:* los niveles de MRC, la sintomatología ansiosa y depresiva disminuyeron significativamente después

Abstract

Introduction: Fear of recurrence (FR) is common in breast cancer survivors, which can impair their quality of life. Fear of recurrence therapy (FRT) reports efficacy in reducing this condition, but it has not been implemented with patients living in developing countries. *Clinical case:* The patient DCV, a 25-year-old woman, reported constant thoughts and worries about FRT; moderate anxiety and depressive symptomatology. *Method:* Pretest-posttest design with 2-month follow-up. FRT, anxious and depressive symptomatology were assessed with valid and reliable self-report instruments. *Results:* FRT levels, anxious and depressive symptomatology decreased significantly after the intervention. *These results were maintained at follow-up. Conclusions:* The FRT seems

I. RIVERA-OLVERA, J. BAZÁN-MUÑOZ Y V. NERI-FLORES. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México. C. L. GÁLVEZ-HERNÁNDEZ. Catedrática-Conacyt, Instituto Nacional de Cancerología, México, y Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Contacto: ivan_rol22@live.com

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 22, núm. 2, julio-agosto 2020, pp. 83-114.
Fecha de recepción: 10 de marzo de 2021 | Fecha de aceptación: 13 de agosto de 2021

de la intervención. Resultados que se mantuvieron en el seguimiento. *Conclusiones:* la TMR parece ajustarse y ser viable para atender las necesidades de la paciente que vive en un país en desarrollo y tener efectos a corto plazo en el MRC, la sintomatología ansiosa y depresiva.

PALABRAS CLAVE

Caso clínico, cáncer, cáncer de mama, depresión, ansiedad

to be adaptable and feasible to meet the needs of the patient living in a developing country and to have short-term effects on the MRC, anxious and depressive symptomatology.

KEYWORDS

Case study, cancer, breast cancer, depression, anxiety

El cáncer de mama (CaMa) es la neoplasia maligna más frecuente en población femenina a nivel mundial y es la principal causa de fallecimiento por cáncer en mujeres (Global Cancer Observatory, 2018). No obstante, como consecuencia de los avances tecnológicos en los tratamientos y la eficacia en la detección temprana de la enfermedad, existe una notable disminución en la mortalidad por CaMa en las últimas dos décadas (Siegel, Ma, Zou y Jemal, 2014). En México, se estima que la supervivencia global a cinco años en mujeres con este padecimiento es de 78.5% (Dorado-Roncancio, Vázquez-Nares, Hernández-Garibay y García-González, 2020).

Las sobrevivientes de cáncer enfrentan desafíos únicos a corto y largo plazo para su salud física y mental (Naughton y Weaver, 2014). Uno de los más frecuentes es el miedo a la recurrencia del cáncer (MRC), que se define como “el miedo, temor o preocupación por la reaparición y/o el avance del cáncer” (Lebel *et al.*, 2016: 1).

El MRC se caracteriza por una mala interpretación de los síntomas físicos (*e.g.*, efectos secundarios de la quimioterapia), creencias de que los síntomas representan recurrencia, un comportamiento excesivo de monitoreo (*e.g.*, autoexploración mamaria), búsqueda frecuente de tranquilidad

(e.g., asistir a citas médicas no programadas) y/o evitar situaciones que recuerden a los sobrevivientes su enfermedad o tratamiento (Liu, Butow, y Beith, 2019; Simard *et al.*, 2013; Thewes *et al.*, 2012b).

Es común que las sobrevivientes de CaMa experimenten algún grado de miedo, ya que los niveles transitorios o bajos de MRC pueden llegar a ser adaptativos, alertando a las pacientes sobre signos de cáncer nuevo o recurrente y fomentando comportamientos de salud positivos (Lee-Jones, Humphris, Dixon y Hatcher, 1997). No obstante, para 30-70% de las sobrevivientes, el MRC se convierte en una preocupación crónica que afecta negativamente su bienestar emocional, calidad de vida y funcionamiento diario (Cris y Grunfeld, 2013; Koch, Jansen, Brenner y Arndt, 2013; Simard *et al.*, 2013). Asimismo, se ha informado que el MRC está asociado a padecimientos como ansiedad, depresión, estrés postraumático, angustia y distrés (Tauber *et al.*, 2019).

A pesar del crecimiento en la investigación sobre el MRC y sus efectos desfavorables sobre el bienestar de los pacientes (Tauber *et al.*, 2019), hasta el momento no se dispone de una forma rutinaria de manejo psicológico adecuado para tratar este padecimiento (Thewes *et al.*, 2016). Por lo anterior, se han realizado revisiones sistemáticas metaanalíticas con el objetivo de evaluar y analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre este padecimiento (Chen *et al.*, 2018; Hall *et al.*, 2018; Tauber *et al.*, 2019). De acuerdo con lo reportado en dichos estudios, la intervención con mayor evidencia y que ha demostrado ser eficaz, es la terapia de miedo a la recurrencia [TMR] (Chen *et al.*, 2018; Hall *et al.*, 2018; Tauber *et al.*, 2019; Tomei *et al.*, 2018). Ésta fue desarrollada por Lebel *et al.* (2014) con el objetivo primario de disminuir el MRC en sobrevivientes de cáncer y mejorar su calidad de vida.

La TMR utiliza el modelo de MRC (Lebel *et al.* 2014) (figura 1). Esta intervención incluye principios de la terapia cognitivo conductual (TCC) y componentes de la psicoterapia existencial (Kissane *et al.*, 1997). La TMR conceptualiza al MRC como un constructo multidimensional en el que las señales internas y externas aumentan el riesgo percibido de recurrencia, lo que a su vez aumenta el padecimiento (Lee-Jones *et al.*, 1997).

Los desencadenantes internos comunes en los pacientes con cáncer son el dolor y la fatiga (que pueden ser efectos secundarios del tratamiento). Mientras que los desencadenantes externos comunes incluyen citas médicas, el día del aniversario del diagnóstico, conversaciones con amigos sobre el cáncer y exposición al cáncer en los medios de comunicación (Simard y Savard, 2009).

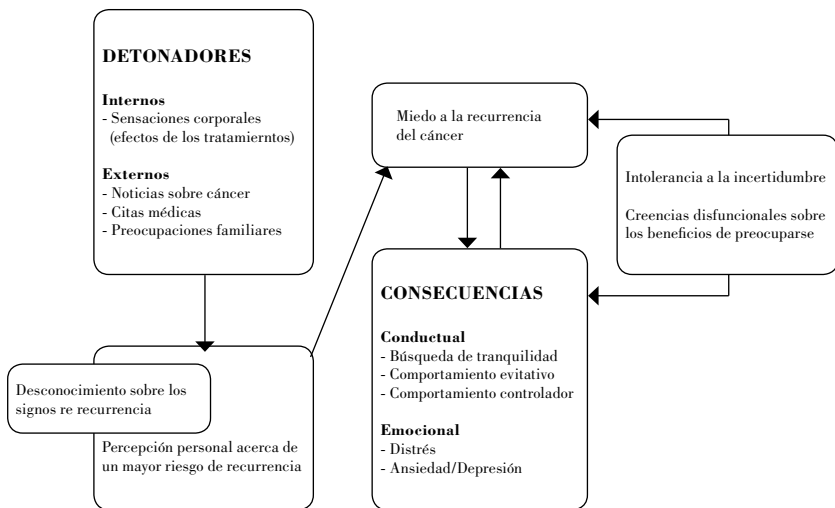


Figura 1. Modelo teórico de la TMR sobre el miedo a la recurrencia.

Experimentar desencadenantes internos y externos aumentan la percepción en los sobrevivientes de cáncer, quienes piensan que corren el riesgo de recurrencia, lo que a su vez aumenta su MRC. Los sobrevivientes luego se involucran en conductas de control personal, evitación y búsqueda excesiva de tranquilidad. Los sobrevivientes que poseen un mejor conocimiento de los signos y síntomas de la recurrencia experimentan menos incertidumbre y, por lo tanto, menos MRC. Finalmente, aquellos que tienen creencias erróneas sobre los beneficios de la preocupación y tienen menor tolerancia a la incertidumbre experimentan un mayor MRC y tienen un mayor uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas (Lebel *et al.*, 2014)

La TMR plantea que la interpretación inadecuada de los síntomas físicos benignos y la ansiedad contribuyen principalmente al MRC (Mehner, Berg, Henrich y Herschbach, 2009). Como consecuencia, las pacientes utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativo, como la evitación, el control de comportamientos y la búsqueda excesiva de tranquilidad, las cuales pueden proporcionar un alivio temporal del MRC, ya que encuentran retroalimentación tranquilizadora inmediata. Sin embargo, tal alivio suele ser de corta duración y el MRC aumenta a largo plazo (Llewellyn, Weiman, McGuk y Humphirs, 2008).

Además, la TMR toma componentes de la teoría de MRC (Lebel *et al.*, 2014). Ésta asume que la incertidumbre se genera cuando la enfermedad posee características de inconsistencia, aleatoriedad, complejidad e imprevisibilidad, como los estímulos relacionados con el tratamiento y los eventos relacionados con la enfermedad (Mishel, 1998). El cáncer es consistente con este planteamiento, ya que es una enfermedad en la que existe posibilidad de que reaparezca a pesar de haberse curado, y de que el desconocimiento sobre los síntomas indicadores de recurrencia entre las sobrevivientes de cáncer aumente la incertidumbre y el MRC (Mishel *et al.*, 2005).

Por último, la intervención incluye los modelos cognitivos de preocupación (Ladouceur *et al.*, 2000), los cuales sugieren que las pacientes sobrevivientes de CaMa se preocupan frecuentemente por la recurrencia de la enfermedad para evitar los resultados temidos. Por lo anterior, se teoriza que las sobrevivientes con MRC en niveles altos, consideran que preocuparse ayuda a que no ocurra la recurrencia, y podría explicar su necesidad por asistir constantemente a citas médicas no programadas (Lebel *et al.*, 2014).

Debido a que el MRC afecta de manera considerable la calidad de vida de quien lo padece (Simard *et al.*, 2013) y por la falta de intervenciones psicológicas rutinarias para abordarlo (van de Wal *et al.*, 2017), se decidió elegir una intervención (*i.e.*, la TMR) basada en la evidencia. La TMR ha reportado ser eficaz, viable y aceptable en otros países (Tauber *et al.*, 2019; Tomei *et al.*, 2018). El diseño de un caso clínico permitirá evaluar cada aspecto del proceso de la intervención, así como comenzar a explorar la

eficacia preliminar de la TMR sobre el MRC (Vicente, Santamaría y González, 2020) con pacientes mexicanas con CaMa.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue probar la efectividad de la TMR para disminuir el MRC y la sintomatología relacionada con éste (*i.e.*, distrés, ansiedad y depresión) de una sobreviviente joven de CaMa con MRC alto.

MÉTODO

Participante

Participó en el estudio una paciente (a la que se llamará DCV). La paciente era una mujer joven de 25 años de edad, residente de la ciudad de Querétaro, Qro., México. Fue diagnosticada con CaMa en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), en la Ciudad de México, México, a mediados de 2018. El examen de patología reveló un carcinoma ductal infiltrante, el cual se pudo originar de las células que revisten los conductos y los lobulillos en el seno (American Cancer Society, 2020). La clasificación de tumores malignos fue etapa pronóstica IA, lo que indica que no había diseminación de la enfermedad o metástasis. Por lo anterior, DCV fue sometida en el INCan a una extirpación de la totalidad del seno izquierdo (procedimiento que incluyó el pezón, la areola, piel circundante y algunos ganglios linfáticos de la axila). Después de la cirugía, se le indicó que comenzara con el tratamiento de quimioterapia, con duración aproximada de seis meses (ocho ciclos). Al término de éste, la paciente continuó con un tratamiento hormonal (letrozol). En octubre del mismo año, se sometió a una reconstrucción completa de la estructura mamaria, en la que se reubicó el pezón y la areola (Navarro, Torreblanca y Enríquez, 2008).

Un año y ocho meses después del diagnóstico, DCV mostraba efectos secundarios de los tratamientos para el CaMa, como dolor en la parte baja de la espalda y rodillas y sensaciones repentinas de calor, acompañados de sintomatología ansiosa y depresiva.

Asimismo, refería pensamientos constantes sobre la recurrencia del cáncer (e.g., “es un hecho que mi cáncer va a regresar”), los cuales se presentaban cada vez que acudía a sus citas médicas de seguimiento, charlaba con otras pacientes en las salas de espera y cuando tenía acceso a información que buscaba en internet. Por lo anterior, en la unidad funcional del INCan (una unidad multidisciplinaria donde se concentran todos los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con algún tipo de cáncer ginecológico), se decidió canalizar a la paciente al servicio de psicología.

Al momento del contacto por parte de los investigadores con la paciente, realizado por videollamada (mediante el programa de computadora zoom), DCV mencionó ser soltera y sin hijos. Contaba con una escolaridad superior (15 años) y reportaba estar desempleada. Vivía con su madre y su hermano menor. No contaba con antecedentes familiares de CaMa. Además, la paciente reportó tener miedo de moderado a intenso de que el cáncer pudiera regresar. Esto había afectado su calidad de vida, ya que, en los últimos meses, había asistido a consultas médicas no programadas, aumentado la autoexploración mamaria y tenía dificultad para reconocer síntomas y signos de recurrencia del cáncer, lo cual le había generado ansiedad, malestar emocional y depresión.

Instrumentos

Inventario de Miedo a la Recurrencia (FCRI) (Simard y Savard, 2009). Consta de 42 reactivos que miden el MRC en el último mes. Cuenta con siete subescalas que evalúan: factores desencadenantes, gravedad, angustia psicológica, estrategias de afrontamiento, deterioro funcional, *insight* y tranquilidad. Las puntuaciones por arriba de 13 en la subescala de gravedad indican un MRC alto. Este cuestionario fue validado en contenido con población mexicana (Juarez-García *et al.*, en prensa). En su versión original mostró consistencia interna ($\alpha = 0.95$) y estabilidad temporal de un mes ($r = 0.89$).

Termómetro de Distrés (Bultz y Holland, 2006). Considera al distrés como una experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica que interfiere con el afrontamiento efectivo del cáncer. Consta de 11 reactivos que se responden en una escala del 0 al 10, donde la puntuación mínima representa niveles bajos o nulos de distrés y la puntuación máxima representa niveles elevados de distrés. Se considera que puntuaciones por arriba de cuatro indican distrés significativo. Esta escala posee adecuados parámetros clinimétricos en idioma español: área bajo la curva de 0.631, sensibilidad de 93%, especificidad de 76%, valor predictivo positivo de 82%, valor predictivo negativo de 90% (Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez, 2008).

Inventario de Ansiedad. Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Evalúa la ansiedad con dos factores independientes: estado (condición emocional transitoria); y rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consiste de 40 reactivos, 20 por cada factor. Entre mayor sea el puntaje en las subescalas, mayor sintomatología ansiosa. Cuenta con una confiabilidad de 0.81 a 0.92 para la subescala ansiedad-estado y de 0.75 a 0.88 para la de ansiedad-rasgo.

Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) (Bojorquez-Chapela y Salgado-de Snyder, 2009). Los respondientes reportan durante cuántos días de la última semana se sintieron como se indica en los 20 reactivos. Puntajes por arriba de 16 indican sintomatología depresiva (consistencia interna, $\alpha = 0.90$).

Procedimiento

La evaluación e intervención psicológica se llevó a cabo en formato virtual (videollamadas). Debido a que el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) era una emergencia de salud pública mundial, recomendó un confinamiento a la mayoría de la población (Talevi *et al.*, 2020).

Con la información obtenida de la paciente durante la evaluación clínica realizada por los investigadores expertos en terapia cognitivo conductual, se elaboró un mapa clínico de patogénesis (MCP; figura 2) de las variables hipotéticas que los investigadores consideraron contribuían al surgimiento y mantenimiento del MRC de la paciente, especificando las relaciones funcionales entre ellas. El MCP sirvió como base para diseñar el plan de tratamiento adecuado para la paciente (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

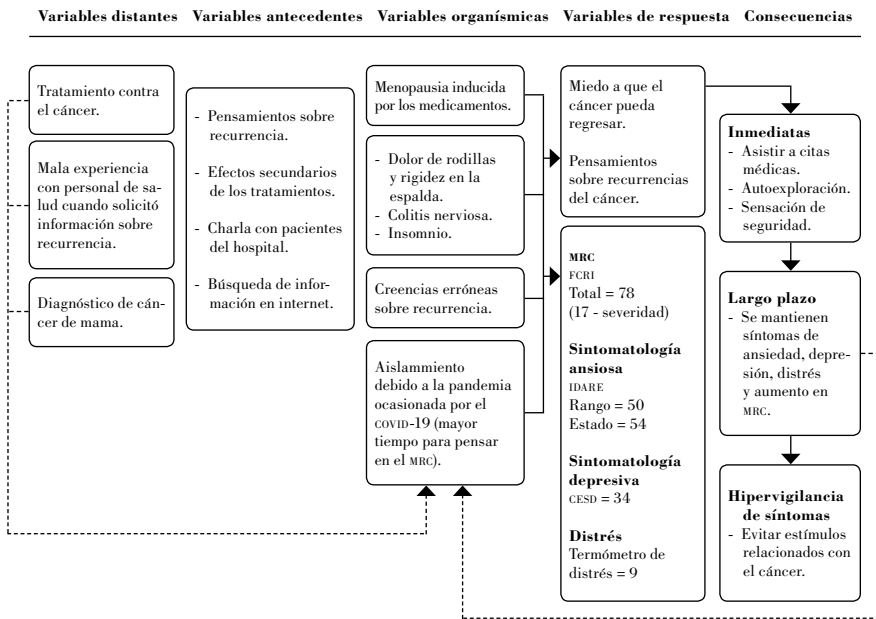


Figura 2. Mapa clínico de patogénesis de dcv.

El periodo de intervención psicológica inició a principios de abril y concluyó a finales de julio de 2020 en la ciudad de México (con sesiones semanales). En octubre del mismo año, se realizó un primer seguimiento para evaluar los efectos de la intervención. Las evaluaciones se realizaron antes de iniciar la intervención (τ_0), al finalizar la intervención (τ_1) y a los dos meses (τ_2) de seguimiento.

Curso y contenido de la intervención

La TRM se adaptó de su versión presencial para implementarse en un formato virtual a distancia debido al confinamiento ocasionado por la pandemia, para lo cual se siguieron las recomendaciones propuestas por Luxon, Pruitt y Osenbach (2014) para realizar intervenciones psicológicas a distancia mediante tecnologías de telesalud. Dichas recomendaciones incluyeron: 1) asegurar que la paciente tuviera acceso a una computadora, a internet y al programa *Zoom* para realizar las videollamadas; 2) trabajar con la paciente para planificar y programar las sesiones durante un horario que le garantizara privacidad y comodidad; 3) en cuanto a la dinámica paciente-terapeuta, se estableció siempre tener la cámara web encendida y colocarla a la altura de los ojos de forma que simulara una plática cara a cara, y 4) los materiales de trabajo (manuales, ejercicios, imágenes, entre otros) que se utilizarían en las sesiones se enviarían vía correo electrónico o *WhatsApp*. Como apoyo para algunas sesiones, se añadieron a la TRM ejercicios de escritura emocional (Frisina, Borod y Lepore, 2004), que consistieron en que DCV escribiera durante tres a cinco días, en periodos de 15 a 20 minutos, sus experiencias y sentimientos asociados al MRC. Se incluyeron estos ejercicios, ya que se ha demostrado que la escritura emocional funciona como una primera exposición de las pacientes ante un evento o situación que provoca malestar, tristeza o ansiedad (Radcliffe, Lumley, Kendall, Stevenson y Beltran, 2010).

La intervención se impartió por dos psicólogos (terapeuta y coterapeuta) y cada sesión se agendó semanalmente. Además, se programaron tareas en casa, que la paciente realizó entre cada una de las sesiones para reforzar lo aprendido (por ejemplo, ejercicios de relajación o de detección de pensamientos). La información obtenida durante las sesiones fue expuesta semanalmente por el coterapeuta a un grupo de psicólogos especializados en CaMa para evaluar el progreso de la paciente y que la intervención se llevara a cabo siguiendo los componentes de la TMR y las necesidades clínicas de la paciente.

El objetivo principal del tratamiento fue reducir la gravedad del MRC, aumentando la sensación de control sobre el miedo y modificando los pro-

cesos cognitivos y la conducta disfuncional que mantenía el MRC. En la tabla 1 se muestra una descripción general del contenido del tratamiento.

Tabla 1. Distribución y objetivos por sesión de la intervención TMR.

Sesiones	Descripción	Objetivo general
Sesión 1 Presentación del modelo de MRC	<ul style="list-style-type: none"> • Breve introducción a la TCE. • Identificar posibles disparadores personales que están ocasionando que la paciente tenga miedo a la recurrencia (pensamientos, conductas, emociones). • Elaborar un cuadro que explique el porqué de su MRC. • Se enseña la relajación muscular progresiva como alternativa de afrontamiento contra el MRC. • Practicar la RMP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores desencadenantes individuales del MRC. - Enseñar sobre posibles signos de recurrencia.
Sesión 2 y 3 Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña a reconocer pensamientos erróneos que pueden estar manteniendo el MRC. • Elaborar preguntas que se harán al oncólogo para saber sobre los signos reales de recurrencia del cáncer. • Se enseña la respiración diafragmática (RD) como alternativa de afrontamiento contra el MRC. • Practicar la RD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir la técnica de reestructuración cognitiva y enseñar a utilizarla para reducir las interpretaciones catastróficas de sus síntomas. - Disminuir la dependencia de las estrategias de afrontamiento desadaptativas que pueden estar manteniendo el MRC.
Sesión 4 Reestructuración cognitiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso de lo aprendido en las sesiones 1 y 2. • Enseñar a desafiar creencias erróneas. • Se realizarán registros de pensamientos. • Se enseña la imaginación guiada (IG) como alternativa de afrontamiento contra el MRC. • Practicar IG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar trabajando con la reestructuración cognitiva. - Practicar las técnicas de afrontamiento y preguntar cómo las ha utilizado en su día a día.
Sesión 5 y 6 Exponerse a los miedos	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar el “peor escenario” para la paciente en caso de que la recurrencia fuera real. • Enseñar la técnica de escritura emocional para que la paciente pueda expresar lo que siente al pensar en una posible recurrencia. • Se pide a la paciente que realice una lista donde jerarquice sus peores escenarios. • La paciente, junto a la terapeuta, discuten las formas de afrontar los peores escenarios. • Se enseña un ejercicio de atención plena (AP) como alternativa de afrontamiento contra el MRC. • Practicar AP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Involucrar a la paciente en la exploración de su peor escenario y fomentar la exposición adicional a él para reducir la evitación cognitiva de los resultados temidos y preocupaciones existenciales.
Sesión 7 y 8 Planificar el futuro a pesar de las posibilidades de recurrencia	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una lista sobre los objetivos importantes en la vida de la paciente. • Discutir qué significan para ella. • Idear cómo se realizarían esos objetivos si existiera recurrencia. • Discutir qué significa el futuro para la paciente. • Escribir planes para el futuro a corto, mediano y largo plazo. • Repasar técnicas de relajación vistas en las sesiones pasadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la idea de que la incertidumbre es parte de la vida diaria. - Ayudar a la paciente a identificar y actuar sobre lo que está bajo su control mientras vive de manera significativa y tolera la incertidumbre permanente.
Sesión 9 Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un repaso del contenido cubierto en las sesiones. • Discutir un plan de recaídas. • Discutir planes futuros. • Promover la expresión de despedida y realizar cierre. 	

Las sesiones siguieron la estructura sugerida en el trabajo de Lebel *et al.*, 2014

Contenido de las sesiones

Sesión 1

Se exploró, mediante la escritura emocional, la experiencia de la paciente relacionada con la recurrencia del cáncer y se aplicaron los instrumentos de evaluación del MRC. DCV comentó que todos los días pensaba en la recurrencia del cáncer. Además, ciertos eventos particularmente estresantes hacían que el miedo incrementara, como dolores o molestias, debido a los efectos secundarios de los tratamientos, escuchar información relacionada con el cáncer, buscar información sobre el cáncer en internet y las citas de seguimiento médico.

Por lo anterior, DCV reportó que, para tranquilizarse, trataba de evitar pensamientos relacionados con el cáncer, realizaba autoexploraciones constantes de sus senos y asistía a citas médicas para corroborar su estado de salud; mencionó que esas estrategias la tranquilizaban de manera inmediata. Sin embargo, al cabo de unos días, el MRC aumentaba. Asimismo, experimentaba alteraciones del estado de ánimo, deficiencias funcionales y preocupación continua por su futuro. En consecuencia, no planificaba ninguna actividad.

Al final de la primera sesión, la psicóloga, utilizando el modelo teórico de la TMR sobre el MRC (figura 1), ayudó a DCV a visualizar y completar su modelo personal de MRC. Este paso es importante, ya que así la paciente comprendió mejor su miedo, los disparadores internos y externos que podían estar detonándolo y las estrategias de afrontamiento que implementaba. El modelo de MRC sirvió como guía para las sesiones posteriores, ya que ayudó a la psicoterapeuta a identificar los objetivos cognitivos y conductuales más apropiados para la intervención. Por último, DCV recibió psicoeducación y entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP), la cual es una técnica utilizada para reducir los niveles de depresión, ansiedad y estrés que puede producir el MRC en supervivientes de CaMa (Maheu *et al.*, 2016). El entrenamiento en RMP consistió en que la psicóloga brindó una serie de instrucciones que DCV debía seguir para relajarse por medio de ciclos de tensión y relajación de cada uno de sus grupos musculares.

La psicóloga guió a la paciente para primero, tensar los músculos y concentrarse en la sensación de tensión, tratando de mantener esa sensación de tensión durante tres a cinco segundos y luego relajarse durante 10 a 15 segundos. Posteriormente, debía experimentar la sensación de relajación muscular. A continuación, se le enseñó el orden de tensión de los músculos: cara, hombros, brazos, pecho, cintura, cadera, piernas y pies (Gálvez-Hernández, 2012). También recibió instrucciones para utilizar la RMP como alternativa de afrontamiento cuando se presentaban situaciones que detonaban el MRC.

Sesión 2

En esta sesión, la psicóloga inició explicándole a la paciente la noción de reestructuración cognitiva [es un proceso mediante el cual el terapeuta ayuda a los pacientes a reconocer, evaluar y, si es necesario, modificar sus pensamientos desadaptativos o inútiles (Ellis, 1990)]. La psicóloga propuso el modelo ABC, el cual es utilizado para recopilar la información necesaria para definir el comportamiento objetivo, identificar los eventos precipitantes que predicen el comportamiento e identificar las posibles condiciones de mantenimiento del comportamiento (Ellis, 1990), para que DCV comprendiera cómo la percepción de los eventos influye en cómo se siente y actúa (Ellis, 1990). En otras palabras, se explicó cómo algunos eventos (*e.g.*, percibir síntomas producto de los efectos secundarios de los tratamientos), en el modelo personal de MRC de una sobreviviente de CaMa, pueden desencadenar automáticamente ciertas creencias (“el dolor en la espalda puede indicar que el cáncer regresó”) y, por lo tanto, influir en las emociones percibidas (ansiedad) y en su forma de comportarse (autoexplorarse o asistir al médico sin una cita previa). Asimismo, durante la sesión, DCV, con ayuda de la psicóloga, elaboró un registro de pensamientos que incorporaba el modelo ABC para ayudarle a identificarlos (primer paso de la reestructuración). Junto a la psicóloga, DCV completó el registro de pensamientos que describían una situación que le había causado MRC.

De igual manera, durante esta sesión, la psicóloga enseñó a DCV la técnica de respiración diafragmática, la cual es la técnica de relajación que se utiliza ampliamente para el manejo de la ansiedad y estrés producido por el MRC. Asimismo, la respiración diafragmática ha demostrado ser una estrategia de afrontamiento efectiva para el MRC (Wagner, Duffecy, Penedo, Mohr y Celia, 2017). Finalmente, DCV acordó realizar en casa un registro de pensamientos (ABC) y practicar las técnicas de relajación vistas en las sesiones 1 y 2.

Sesión 3

Después de que DCV aprendió a identificar los pensamientos que desencadenaban su MRC, la sesión se enfocó en enseñarle a desafiar (cuestionar) los pensamientos inútiles y las creencias erróneas sobre los beneficios de preocuparse; con esto se buscó que aprendiera a reemplazarlos por pensamientos más útiles. Por ejemplo, al principio, DCV interpretaba negativamente la información ambigua relacionada con el cáncer y se sentía demasiado involucrada en las historias de cáncer de otros pacientes: “me enteré de que una paciente del INCan tuvo recurrencia. Si le pasó a ella, probablemente me pasará a mí también”. Durante esta sesión, DCV aprendió a replantearse las creencias que le provocaban el MRC por otras menos disfuncionales: “cada situación médica es diferente. No es racional comparar su cáncer con el mío”. También, durante el transcurso de la sesión, se reforzó la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática, técnicas aprendidas durante las sesiones 1 y 2.

Sesión 4

Esta sesión se centró en repasar lo visto en sesiones anteriores y se enseñó una nueva estrategia de afrontamiento: imaginación guiada, la cual es una estrategia cognitivo-conductual que utiliza la propia imaginación del paciente para formar una representación mental de un objeto, lugar, evento o situación, percibida a través de los sentidos. Estas imágenes suelen visualizarse en un estado de relajación para aliviar el estrés o reducir la ansie-

dad (Felix, Ferreira, da Cruz y Barbosa, 2019). También, DCV tuvo como tarea continuar con el registro de pensamientos, desafiarlos y examinar la evidencia; además de repasar las técnicas de relajación.

Sesión 5

En el transcurso de esta sesión, la psicóloga empleó la psicoeducación para revisar junto a la paciente la necesidad de exponerse a los miedos subyacentes y explorar su “peor escenario” en caso de que la recurrencia fuera real. Para promover la expresión emocional de la paciente, se practicaron ejercicios de escritura emocional (Pennebaker y Beall, 1986). Al finalizar la sesión, DCV acordó realizar una lista jerárquica de sus peores escenarios, la cual se revisaría a detalle en la próxima sesión.

Sesión 6

Al iniciar la sesión, DCV mostró su lista de peores escenarios y, con el ejercicio de escritura emocional, expuso cómo la hacían sentir cada uno de estos escenarios. Con lo anterior, la psicóloga y DCV discutieron alternativas para hacerles frente a algunos de los resultados temidos. Finalmente, se introdujo un ejercicio de atención plena que se centra en que la paciente mantenga la conciencia momento a momento y que aprenda a desapegarse de creencias, pensamientos o emociones (Pivo *et al.*, 2017). Este ejercicio de atención plena sirve como una nueva técnica de afrontamiento.

Sesión 7

En esta sesión, la psicóloga le pidió a DCV que realizara una lista con objetivos que fueran importantes en su vida, como pueden ser: interactuar con personas o realizar actividades a las que ella renunció debido al cáncer. Esto le ayudó a reconocer que, a pesar de su MRC, podía encontrar propósitos que la motivaran y dieran significado a su vida. Lo anterior es importante, ya que las terapias existenciales indican que las pacientes

que logran ver su enfermedad desde un ángulo diferente, aceptar su miedo y adaptarse a la realidad, lidian mejor con la incertidumbre (Sharif, Ahadzadeh y Sharif, 2018). Asimismo, durante la sesión, para reforzar la idea de que una vida significativa compensa el MRC, se discutió qué significaba el futuro para ella (Lebel *et al.*, 2014). Cabe destacar que DCV se mostró capaz de mirar hacia el futuro, más allá del cáncer. Se sentía lo suficientemente segura para planificar actividades y formular metas futuras en términos de semanas, meses y años. Un ejemplo de lo anterior fue que la paciente planeó su deseo de ayudar a pacientes con cáncer en un hospital (como fisioterapeuta), cuestión que no se había planteado al inicio del tratamiento psicológico. Al finalizar, DCV se comprometió a realizar una lista donde expondría sus planes en el futuro a mediano, corto y largo plazo.

Sesión 8

En esta sesión se hizo un repaso general de las técnicas de afrontamiento del MRC aprendidas. Asimismo, se revisó la lista de planes que DCV tenía para el futuro.

Sesión 9

En la última sesión, se trabajó en un plan de prevención de recaídas, que incluía todas las estrategias vistas en las sesiones pasadas (técnicas de relajación, escritura emocional, detección de pensamientos, entre otras) en respuesta a los futuros detonadores o riesgos percibidos. Asimismo, se discutieron los objetivos futuros de la paciente y se analizaron los pasos que debía hacer para cumplir cada uno de ellos. Por último, DCV contestó las evaluaciones de MRC, ansiedad, depresión y distrés, y se agendó una cita de seguimiento.

Para tener una mayor perspectiva de los pensamientos y comentarios de la paciente durante las nueve sesiones, puede consultarse la información de la figura 3.

<p>Sesión 1</p>	<p>Identificación de disparadores del MRC</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Tengo miedo de que el cáncer pueda regresar (...) he visto que algunas personas tienen 6 días de remisión y, de repente, la enfermedad regresa. Eso me da miedo”. - “En mi tiempo libre, sólo pienso en que el cáncer puede regresar”. - “Cuando siento dolor en alguna parte de mi cuerpo, inmediatamente pienso que es un signo de recurrencia”. - “Los efectos secundarios me ponen ansiosa: me falta el aire, me dan ganas de gritar y llorar”. <p>Reconocimiento de pensamientos y conductas que pueden estar manteniendo el IL y IRC</p> <ul style="list-style-type: none"> - “En la semana, me dolió mi pierna (...) lo primero que vino a mi mente fue que era algo malo. Después, recordé que podría ser un efecto secundario del tratamiento, así que, para tranquilizarme, realicé la relajación muscular, eso me ayudó”. - “Cuando me concentro y hago los ejercicios de relajación, me siento más tranquila”. - “Soy muy cuidadosa con mi cuerpo. Antes me autoexploraba todos los días. Ahora, trato de revisarme cada tercer día”. <p>Desafiando creencias erróneas</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me siento capaz de detectar los pensamientos que hacen que me concentre en la recurrencia. Los escribo en mi diario y, después, los cuestiono”. - “Cada situación médica es individual. No es racional comparar la enfermedad de los demás con la mía”.
	<p>Repaso de técnicas de afrontamiento adaptativas (XIII y RD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Cada vez que llego a sentirme ansiosa o deprimida, hago los ejercicios de relajación y escribo mis pensamientos en mi diario”. <p>Exploración del “peor escenario”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Mi peor escenario sería tener otra vez cáncer y volver a pasar por todo lo que ya pasé: dejar mis actividades, iniciar los tratamientos, las citas, etc.” - “Pienso que, si vuelvo a tener cáncer, puedo superarlo como ya lo hice. Además, cuento con el apoyo de mi familia y tengo las herramientas que aprendí en las sesiones de psicología”. <p>Discusión de los objetivos importantes para la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Después de haber tenido cáncer, he pensado en trabajar en una fundación dedicada a ayudar a personas que tengan esta enfermedad”. <p>Discusión sobre planes para el futuro a pesar de la posibilidad de recurrencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me gustaría seguir preparándome y trabajar en una clínica”. <p>Discusión final de lo aprendido durante la intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Pienso que tengo el control de mis pensamientos. Los veo como un tren el cual puedo ir guiando y, cuando sienta que están a punto de descarrilarse, los detengo, los cuestiono y trato de regresarlos a las vías”.
<p>Sesión 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “La relajación se ha convertido en una rutina de todos los días”.

Figura 3. Pensamientos y comentarios de DCV durante el transcurso de las sesiones.

Seguimiento

Se realizó a los dos meses después de finalizar la intervención. En esta sesión, la paciente respondió las evaluaciones de MRC, ansiedad, depresión y distrés, y la terapeuta le preguntó sobre su experiencia después de haber finalizado el tratamiento. DCV informó que se encontraba mejor y que su MRC había disminuido. También, reportó estar satisfecha con el proceso y los resultados de la intervención y comentó que aprender a realizar registros de pensamientos fue la parte más útil de la terapia. Asimismo, se sentía con más recursos para lidiar con MRC en la vida diaria, para usar las habilidades y técnicas aprendidas y enfrentar las situaciones que desencadenan el MRC. Por ejemplo, antes de entrar a sus citas de seguimiento en el hospital, realizaba ejercicios de respiración diafragmática durante 15 minutos. Finalmente, DCV informó que había retomado su vida académica y laboral.

Análisis de datos

Debido a que las puntuaciones de las evaluaciones de MRC, distrés, ansiedad y depresión se encontraban en el nivel de medición ordinal y se compararon en dos momentos (T_0 y T_1), se realizó una prueba de rangos de signos de Wilcoxon para analizar las diferencias estadísticas. Además, se llevó a cabo un análisis de varianza de Friedman para comparar los puntajes obtenidos en T_0 , T_1 y T_2 . Estos análisis se realizaron utilizando el *software* estadístico SPSS versión 25.

Para identificar el cambio clínico objetivo por paciente, se computó el porcentaje de cambio como la diferencia entre la puntuación del post test y pre test dividida entre el pretest. Se consideraron clínicamente significativos los cambios mayores a 20% (Cardiel, 1994).

RESULTADOS

Evaluación inicial (pre-tratamiento)

En la tabla 2 se muestran los puntajes de DCV en las diferentes pruebas que se le aplicaron. Como se puede observar en la tabla 2, en la primera evaluación, DCV reportó un puntaje alto en el inventario FCRI (78/142), en el que destaca un puntaje de 17 en la subescala de severidad que indica un MRC alto [punto de corte = 13] (Simard y Savard, 2009). En la escala CES-D, la paciente mostró un puntaje mayor al corte clínico (34/60), lo que indicaba presencia de sintomatología depresiva. Igualmente, los resultados del IDARE reportaban presencia de sintomatología ansiosa moderada-alta (estado 54/80; rasgo 50/80). Finalmente, DCV refirió una intensidad de distrés alta (9/10).

Tabla 2. Puntajes obtenidos antes (t0) y después de la TMR (t1).

Variable	Puntaje t0	Puntaje t1	<i>p</i>	CCO
FCRI				
Puntaje total	78	42	0.018*	0.46*
Desencadenantes	11	5	0.034*	0.54*
Severidad	17	9	0.011*	0.47*
Angustia	4	2	0.157	0.50*
D. Funcional	6	2	0.046*	0.66*
Insight	3	1	0.157	0.66*
Tranquilidad	3	2	0.655	0.33*
Afrontamiento	34	21	0.009*	0.38*
CESD	34	5	0.001*	0.85*
IDARE				
Estado	54	26	<0.001*	0.51*
Rasgo	50	20	0.001*	0.60*
T. Distrés	9	4		0.55*

Nota: FCRI. Niveles clínicos de MRC, puntaje mayor a 13 en la escala de severidad; CESD. Punto de corte = 16; puntajes mayores, indica síntomas depresivos importantes; IDARE. Puntaje por arriba de 50, indica ansiedad moderada-alta. Menos de 31, indica ansiedad baja. Termómetro de distrés: Punto de corte = 4. * Diferencias significativas en $p < 0.05$; *Cambio clínico significativo (CCO) > 0.20

Evaluación al finalizar la intervención

Al comparar los puntajes de las evaluaciones en T0 y T1, se observaron diferencias estadísticas significativas en los puntajes de las cuatro pruebas. En el inventario FCRI, el puntaje total disminuyó significativamente de 78 a 42 ($p = 0.018$) y se encontraron disminuciones significativas en las subescalas de desencadenantes ($p = 0.034$), severidad ($p = 0.011$), deterioro funcional ($p = 0.046$) y afrontamiento ($p = 0.001$). Asimismo, hubo un decremento significativo en las puntuaciones de los cuestionarios CESD, de 34 a 5 puntos ($p = 0.001$) e IDARE, de 54 a 26 puntos en la subescala estado ($p = < 0.001$) y de 50 a 20 puntos en la subescala rasgo ($p = 0.001$). Finalmente, DCV reportó un menor puntaje de distrés (4/10). En la tabla 2 se muestran los puntajes de la paciente durante las evaluaciones T0 y T1. El indicador de cambio clínico objetivo de Cardiel coincidió con los cambios en todos los instrumentos. Esto es, todas las variables clínicas disminuyeron su puntaje más de 20% en comparación con los valores iniciales (tabla 2).

Evaluación durante el seguimiento

Al comparar los puntajes de T0, T1 y T2, se encontró que las diferencias estadísticas en las evaluaciones se mantuvieron significativas a los dos meses, tanto en el puntaje total del inventario FCRI, el cual disminuyó a 28 puntos en el seguimiento ($p = 0.001$), en las subescalas de desencadenantes ($p = 0.009$), severidad ($p = 0.003$), deterioro funcional ($p = 0.015$) y afrontamiento ($p = < 0.001$); así como en la puntuación de los cuestionarios CESD ($p = < 0.001$) e IDARE (estado $p = < 0.001$; rasgo $p = < 0.001$). Por último, DCV reportó un menor puntaje de distrés (2/10). En la tabla 3 se muestran los puntajes de la paciente en T0, T1 y T2.

El cambio clínico objetivo se mantuvo significativo en el seguimiento en seis de las siete subescalas del inventario FCRI (a excepción de la subescala de *insight*, en la que no hubo ningún cambio); de igual forma, se

mantuvo en las puntuaciones del cuestionario CESD, IDARE (a excepción de la subescala de estado) y en el termómetro de distrés (tabla 3).

Tabla 3. Puntajes obtenidos antes (t0), después de la TMR (t1) y en el seguimiento (t2).

Variable	Puntaje t0	Puntaje t1	Puntaje t3	p	cco
FCRI					
Puntaje total	78	42	28	0.001*	0.33*
Desencadenantes	11	5	4	0.009*	0.20*
Severidad	17	9	6	0.003*	0.33*
Angustia	4	2	1	0.097	0.50*
D. Funcional	6	2	1	0.015*	0.50*
Insight	3	1	1	0.135	0
Tranquilidad	3	2	1	0.607	0.50*
Afrontamiento	34	21	14	<0.001*	0.33*
CESD	34	5	2	<0.001*	0.60*
IDARE					
Estado	54	26	30	<0.001*	-0.16
Rasgo	50	20	28	<0.001*	-0.40*
T. Distrés	9	4	2		0.50*

Nota: FCRI. Niveles clínicos de MRC, puntaje mayor a 13 en la escala de severidad; CESD. Punto de corte = 16; puntajes mayores, indica síntomas depresivos importantes; IDARE. Puntaje por arriba de 50, indica ansiedad moderada-alta. Menos de 31, indica ansiedad baja. Termómetro de distrés: Punto de corte = 4. * Diferencias significativas en $p < 0.05$; * Cambio clínico significativo > 0.20

DISCUSIÓN

Este estudio de caso proporciona una descripción general del curso y contenido de la TMR para una sobreviviente joven de CaMa mexicana con miedo a que el cáncer pudiera regresar. Previo a la intervención, DCV presentaba MRC alto, distrés elevado, sintomatología ansiosa y depresiva. Después de la intervención, DCV mostró una disminución estadística y clí-

nica significativa en su MRC (por debajo de los puntos de corte según el inventario FCRI). De igual forma, tanto el distrés como la sintomatología ansiosa y depresiva disminuyeron significativamente. Por último, el efecto se mantuvo estadísticamente significativo a los dos meses de haber concluido la intervención.

La disminución del MRC pudo deberse a la estructura de la TMR. Durante las primeras sesiones se trabajó en la identificación de los disparadores, las estrategias de afrontamiento, pensamientos disfuncionales y conductas que mantenían el MRC y malestar emocional. La intervención ayudó para establecer un modelo de MRC personal que guio la intervención con base en las necesidades de la paciente. A su vez, permitió que la paciente identificara y comprendiera estos componentes, lo que daría sentido a las estrategias utilizadas en las sesiones posteriores.

A partir de la sesión tres, y después de recibir información sobre reestructuración cognitiva, DCV reportaba tener mejor control de sus pensamientos sobre la recurrencia del cáncer, ya que era capaz de detectarlos, detenerlos, analizarlos y modificarlos. Igualmente, cuando era necesario, utilizaba las técnicas de afrontamiento adaptativas aprendidas durante las sesiones, atención plena, respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, ya que éstas las podía realizar en cualquier situación (*e.g.*, antes de entrar a una cita de revisión médica). Estas técnicas de afrontamiento aprendidas pudieron tener un impacto significativo en las puntuaciones de las subescalas del FCRI (debido a los cambios en las puntuaciones en T0, T1 Y T2 que evaluaban desencadenantes, severidad y afrontamiento), ya que otras investigaciones han encontrado resultados similares (Lebel *et al.*, 2014; Tomei *et al.*, 2018). En estas investigaciones los sobrevivientes que poseen un mejor conocimiento y control de los desencadenantes de su MRC, así como un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento adaptativas, presentan menor severidad de MRC.

Lo anterior se podría entender bajo la hipótesis de que niveles altos de MRC se deben a la carencia de estrategias adaptativas de afrontamiento, lo cual las lleva a percibirse como vulnerables ante una posible recurrencia (McGinty, Goldenberg y Jacobsen, 2012). Por lo anterior, cuando DCV

aprendió nuevas estrategias de afrontamiento, sus niveles de MRC se redujeron, lo que pudo disminuir también su percepción de vulnerabilidad ante la recurrencia. Una frase utilizada por la paciente puede ejemplificar lo anterior: “pienso que, si vuelvo a tener cáncer, puedo superarlo como ya lo hice. Además, cuento con el apoyo de mi familia y tengo las herramientas que aprendí en las sesiones de psicología”.

Sumado a lo anterior, el distrés percibido y la sintomatología ansiosa y depresiva también se beneficiaron por lo aprendido en estas primeras sesiones. Por ejemplo, diversos estudios reportan que la reestructuración cognitiva, en la que los pacientes aprenden a identificar y reemplazar cogniciones negativas por pensamientos más adaptativos y saludables, ha tenido efectos significativos en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva (Mehnert, Berg, Henrich y Herschbach, 2009). Asimismo, las estrategias de afrontamiento como la relajación muscular progresiva y respiración diafragmática cuentan con evidencia de ser efectivas para disminuir el distrés y la sintomatología ansiosa en pacientes con cáncer (GokMetin, Karadas, Izgu, Ozdemir y Demirci, 2019). Por ejemplo, el entrenamiento en respiración diafragmática se basa en el supuesto de que es posible lograr, mediante el control de la respiración, la integración de estados fisiológicos promotores de salud y el establecimiento de estados mentales y emocionales positivos (Lebel *et al.*, 2014). Por su parte, la relajación muscular progresiva ha demostrado que, al reducir la actividad del sistema nervioso simpático, se pueden prevenir los efectos secundarios del distrés, la depresión y la ansiedad, y se puede aumentar la relajación física y mental (Liu *et al.* 2019).

Por otro lado, el ejercicio realizado en las sesiones 5 y 6 sobre la descripción de “su peor escenario” (Lebel *et al.*, 2014) —basado en los principios de las terapias cognitivo-conductuales, que asumen que la exposición repetida a estímulos aversivos reduce el miedo patológico (Lebel *et al.*, 2016)— pudo impactar en la escala de deterioro funcional; ya que, previo a la intervención, DCV no se comprometía a hacer planes futuros por la incertidumbre que le causaba el MRC.

Sin embargo, al finalizar las sesiones, era capaz de ver hacia el futuro, hacer planes, aceptar e incluso mostrarse resiliente ante la posibilidad de que el cáncer regresara.

Finalmente, en la última sesión y en el seguimiento, DCV reportó sentirse mejor y que su MRC había disminuido. Esto le permitió regresar a sus actividades laborales y académicas que había abandonado debido al largo tratamiento oncológico y al MRC. Por último, DCV comentó que había incorporado a su rutina diaria los ejercicios de afrontamiento, como los registros de pensamientos, lo cual pudo contribuir a que el efecto de la intervención se mantuviera significativo durante el seguimiento.

Considerando los resultados clínicos obtenidos, este estudio de caso es un primer acercamiento que aporta evidencia de la eficacia de la TMR para disminuir el MRC en niveles altos, distrés elevado, sintomatología ansiosa y depresiva de una sobreviviente joven de CaMa mexicana. Esto es consistente con el metaanálisis de Tauber *et al.* (2019), el cual menciona que la TMR es una de las intervenciones más eficaces para disminuir el MRC en pacientes sobrevivientes de cáncer. De igual manera, se destaca que el formato de la intervención en línea no fue un impedimento para que la paciente lograra cumplir con todas las sesiones de la intervención, se adhiriera al tratamiento e incorporara lo aprendido en las sesiones a su vida diaria. Dichos hallazgos son consistentes con estudios que reportan que las intervenciones a distancia muestran resultados similares a las intervenciones presenciales (van de Wal *et al.*, 2015; van de Wal *et al.*, 2017).

Por último, DCV reportó que la intervención fue fácil de comprender y útil, ya que pudo incorporar cada una de las técnicas vistas a su vida diaria. La opinión de la paciente, en conjunto con los resultados clínicos obtenidos evidencian que la TMR y las intervenciones a distancia podrían ser aceptables para tratar problemáticas de MRC que presentan las sobrevivientes jóvenes mexicanas con CaMa.

A pesar de los resultados positivos, el estudio tiene cuestiones que considerar. Primero, DCV era una paciente joven, con un alto nivel educativo y que contaba con dispositivos que tenían acceso a internet. Estas circunstancias, aunado a que se trató de un solo caso, restringen las

implicaciones de los resultados únicamente a esta paciente y no pueden generalizarse a otras personas atendidas con CaMa en hospitales públicos de México. Debido a que un gran sector de la población cuenta sólo con educación básica y sólo 52.9% de la población total del país cuenta con acceso a internet (SCT, 2018).

Por otra parte, aunque la aplicación de la TMR fue efectiva para disminuir el MRC de DCV, se necesita realizar investigación más detallada para adaptarla culturalmente y evaluar la viabilidad y la eficacia de la intervención actual con una muestra representativa de población para contemplarla como una opción terapéutica factible. Sin embargo, el perfil de DCV es muy parecido al de algunas pacientes que padecen CaMa antes de los 30 años y que son particularmente vulnerables a presentar MRC en niveles altos (Thewes *et al.*, 2012a). Por lo tanto, se podría hipotetizar que la TMR podría ser igual de efectiva con otras pacientes jóvenes mexicanas.

Conclusión

La intervención TMR en formato a distancia y adaptada a las necesidades de una sobreviviente joven con CaMa (con alto nivel educativo y acceso a recursos de internet) mostró ser eficaz para reducir significativamente el MRC en niveles altos, la sintomatología ansiosa y depresiva; además del distrés percibido. Asimismo, los resultados obtenidos se mantuvieron durante el seguimiento a los dos meses.

Las estrategias que la paciente aprendió durante las sesiones resultaron ser relevantes y efectivas, ya que la ayudaron a que pudiera tener un mayor control de sus pensamientos, ejecutar estrategias de afrontamiento adaptativas y comprometerse a realizar actividades reconfortantes y significativas personalmente, que había abandonado debido a su MRC.

Este estudio es uno de los primeros en implementar una intervención novedosa y basada en la evidencia dirigida principalmente a disminuir el MRC, una de las principales necesidades insatisfechas en pacientes me-

xicanas con CaMa. Por lo tanto, es un precedente exploratorio-clínico de estudios futuros en esta línea de investigación.

Asimismo, la investigación implementa principios de la terapia existencial, la cual brinda una metodología clínica para abordar temas como la ansiedad por la muerte o la probabilidad real de recurrencia en pacientes con cáncer. Este tipo de intervenciones enseña a las pacientes a dejar de evitar su peor escenario y, a partir de esto, a recuperar el sentido y el propósito de sus vidas. Por último, el estudio suma evidencia positiva de la eficacia de las intervenciones psicológicas a distancia en pacientes atendidas en el sector público de un país en desarrollo.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. de J., Juárez, I. R. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209-217.
- Bultz, B. y Holland, J. (2006). Emotional Distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Community Oncol*, 3(3) 11-4.
- Chapela, I. B. y de Snyder, N. S. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana [Psychometric characteristics of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), 20-and 10-item versions, in women from a Mexican rural area]. *Salud Mental*, 32(4), 299-307.
- Chen, D., Sun, W., Liu, N., Wang, J., Zhao, J., Zhang, Y., Liu, J. y Zhang, W. (2018). Fear of cancer recurrence: A systematic review of randomized, controlled trials. *Oncology Nursing Forum*, 45(6), 703-712. Recuperado de <https://doi.org/10.1188/18.ONF.703-712>
- Crist, J. V y Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978-986. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.3114>
- Dorado-Roncario, E., Vázquez-Nares, J., Hernández-Garibay, C. y García-González, J. (2020). Supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer de mama:

- experiencia en una institución de Jalisco, México. *GinecolObstet Mex*, 88(5), 312-320.
- Ellis, A. (1990). Rational and irrational beliefs in counselling psychology. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 221-233.
- Felix, M., Ferreira, M., da Cruz, L. F. y Barbosa, M. H. (2019). Relaxation Therapy with guided imagery for postoperative pain management: An integrative review. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(1), 3-9. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.014>
- Frisina, P., Borod, J. y Lepore, S. (2004). A Meta-analysis of the Effects of Written Emotional Disclosure on the Health Outcomes of Clinical Populations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192(9), 629-634.
- Gálvez Hernández, C. L. (2012). Esguince cervical agudo: evaluación e intervención psicofisiológica (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Gielissen, M. F., Verhagen, S., Witjes, F. y Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24(30), 4882-4887. Recuperado de <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.8270>
- Gok Metin, Z., Karadas, C., Izgu, N., Ozdemir, L. y Demirci, U. (2019). Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 42, 116-125. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.003>
- Hall, D. L., Luberto, C. M., Philpotts, L. L., Song, R., Park, E. R. y Yeh, G. Y. (2018). Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 27(11), 2546-2558. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.4757>
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. y McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532-546. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.683>

- Kissane, D. W. (2012). The relief of existential suffering. *Archives of Internal Medicine*, 172(19), 1501-1505. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3633>
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H. y Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥5 years) cancer survivors. A systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, 22(1), 1-11. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964.
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., Jolicœur, L., Benea, A., Harris, C., Fung, M. F. K., Rosberger, Z. y Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: A feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 485-496. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P. y University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3265-3268. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. y Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence. A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2), 95-105. Recuperado de [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95:AI-D-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95:AI-D-PON250>3.0.CO;2-B)
- Liu, J. J., Butow, P. y Beith, J. (2019). Systematic review of interventions by non-mental health specialists for managing fear of cancer recurrence in adult cancer survivors. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4055-4067. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04979-8>
- Llewellyn, C. D., Weinman, J., McGurk, M. y Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence? *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 525-532. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.03.014>

- Luxton, D., Pruitt, L. D. y Osenbach, J. E. (2014). Best practices for remote psychological assessment via telehealth technologies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 27-35.
- Maheu, C., Lebel, S., Tomei, C., Singh, M. y Esplen, M. J. (2015). Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(4), 433-440. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.12.003>
- Maheu, C., Lebel, S., Courbasson, C., Lefebvre, M., Singh, M., Bernstein, L. J., Muraca, L., Benea, A., Jolicoeur, L., Harris, C., Ramanakumar, A. V., Ferguson, S. y Sidani, S. (2016). Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer. *BMC cancer*, 16, 291.
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. y Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1273-1280. doi: 10.1002/pon.1481
- McGinty, H. L., Goldenberg, J. L. y Jacobsen, P. B. (2012). Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21(2), 203-210. doi: 10.1002/pon.1883
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image-the journal of nursing scholarship*, 20(4), 225-232. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x
- Mishel, M. H., Germino, B. B. y Gil, K. M. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for african-american and caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 962-978.
- Naughton, M. J. y Weaver, K. E. (2014). Physical and mental health among cancer survivors: considerations for long-term care and quality of life. *North Carolina Medical Journal*, 75(4), 283-286. doi: 10.18043/ncm.75.4.283
- Navarro, R., Torreblanca, L. y Enríquez, A. (2008). Mastopexia de aumento, técnica de quinta generación. *Cir. plást. Iberolatinoam*, 34(2), 89-100.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos. Nueva York: Manual Moderno.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. y Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34. doi: 10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L
- Pennebaker, J. W. y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281. doi: 10.1037/0021-843X.95.3.274

- Pivo, S., Montes, J., Schwartz, S., Chun, J., Kiely, D., Hazen, A. y Schnabel, F. (2017). Breast cancer risk assessment and screening in transgender patients. *Clinical Breast Cancer*, 17(5), e225-e227. doi: 10.1016/j.clbc.2016.08.003
- Radcliffe, A. M., Lumley, M. A., Kendall, J., Stevenson, J. K. y Beltran, J. (2010). Written emotional disclosure: Testing whether social disclosure matters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 362-384. doi: 10.1521/jscp.2007.26.3.362
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobes, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26(1), 49-57.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H. y Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096. doi: 10.1200/JCO.2005.09.548
- siegel, r., ma, j., zou, z. y jemal, a. (2014). cancer statistics. *CA CANCER J CLIN*, 64(9), 9-19.
- Sharif, S., Ahadzadeh, A. S. y Sharif, H. (2018). Mediating role of psychological well-being in the relationship between organizational support and nurses' outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 887-899. doi: 10.1111/jan.13501
- Simard, S. y Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(3), 241-251. doi: 10.1007/s00520-008-0444-y
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. y Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 7(3), 300-322. doi: 10.1007/s11764-013-0272-z
- Smith, M. A., Thompson, A., Hall, L. J., Allen, S. F. y Wetherell, M. A. (2018). The physical and psychological health benefits of positive emotional writing: Investigating the moderating role of Type D (distressed) personality. *British Journal of Health Psychology*, 23(4), 857-871. doi: 10.1111/bjhp.12320
- Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México: Manual Moderno
- Suchil-Bernal, L., Rodríguez-Velazquez, A., Galindo, O. y Meneses, G. (2016). Cancer survivors in Mexico: Analyzing their experience. *Journal of Clinical Oncology*, 34, 262-262.

- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F. y Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. doi: 10.1708/3382.33569
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. Ben, Thewes, B., Simard, S. y Zachariae, R. (2019). Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 37(31), 2899–2915. doi: 10.1200/JCO.19.00572
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Capp, A., Dalley, D. y FCR Study Advisory Committee (2012a). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviors. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2651-2659. doi:10.1007/s00520-011-1371-x
- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S. y Gotay, C. (2012b). Fear of cancer recurrence: A systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*, 21(6), 571-587. doi: 10.1002/pon.2070
- Thewes, B., Lebel, S., Seguin Leclair, C. y Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2269-2276. doi: 10.1007/s00520-015-3025-x
- Tomei, C., Lebel, S., Maheu, C. y Mutsaers, B. (2016). Addressing fear of recurrence: improving psychological care in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(7), 2815-2818. doi: 10.1007/s00520-016-3103-8
- Tomei, C., Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M. y Harris, C. (2018). Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2751-2762. doi: 10.1007/s00520-018-4097-1
- Van de Wal, M., Thewes, B., Gielissen, M., Speckens, A. y Prins, J. (2017). 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. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(19), 2173-2183. doi: 10.1200/JCO.2016.70.5301

- Van de Wal, M., Servaes, P., Berry, R., Thewes, B. y Prins, J. (2018). Cognitive behavior therapy for fear of cancer recurrence: A case study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 390-407. doi: 10.1007/s10880-018-9545-z
- Vicente, A., Santamaría, P. y González, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: Psychocare Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76.
- Wagner, L. I., Duffecy, J., Penedo, F., Mohr, D. C. y Cella, D. (2017). Coping strategies tailored to the management of fear of recurrence and adaptation for E-health delivery: The Fortitude intervention. *Cancer*, 123(6), 906-910. doi: 10.1002/cncr.30602