



Suma Psicológica

ISSN: 0121-4381

ISSN: 2145-9797

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

López Peláez, Jéssica; Aguirre-Loaiza, Haney; Ortiz, Arturo; Caballo, Vicente E.; Núñez, César

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico

Suma Psicológica, vol. 28, núm. 2, 2021, Julio-Diciembre, pp. 88-96

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

DOI: <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.3>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134269363003>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)



Sistema de Información Científica Redalyc

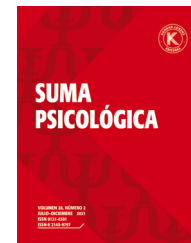
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



SUMA PSICOLÓGICA

<http://sumapsicologica.konradlorenz.edu.co>



Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico

Jéssica López Peláez ^a, Haney Aguirre-Loaiza ^b, Arturo Ortiz ^c, Vicente E. Caballo ^d,
César Núñez ^{e,*}

^a Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia

^b Universidad Católica de Pereira, Pereira, Colombia

^c Universidad del Valle, Cali, Colombia

^d Universidad de Granada, Granada, España

^e Universidad de Medellín, Medellín, Colombia

Recibido el 2 de febrero de 2021; aceptado el 10 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE:

Psicología clínica,
psicología de la salud,
bienestar, apoyo social,
oncología

Resumen **Introducción:** El cáncer ginecológico impacta psicológicamente a la mujer. En este proceso las Estrategias de Afrontamiento-EA, al parecer, se asocian con la Calidad de Vida relacionada con la Salud-CvRS; sin embargo, se desconoce el valor predictivo de las EA sobre la CvRS. Este artículo tiene como finalidad identificar las diferencias y la naturaleza de la relación entre la CvRS y las EA respecto al apoyo psicológico, así como identificar si las EA predicen la CvRS. **Método:** Se efectuó un diseño no-experimental con 55 mujeres entre 27 y 69 años, $M = 42.3$, $DE = 10.1$, diagnosticadas con cáncer ginecológico. La CvRS se evaluó con el FACT-Cx y el SF-36; las EA, con el CAEPO. **Resultados:** las mujeres con asistencia psicológica tienen mejor CvRS y EA, igualmente, la CvRS se correlacionó con las EA positivas. La dimensión de salud general también es explicada por las EA positivas e inversamente por las EA negativas. Las EA que mejor predicen las CvRS son: Enfrentamiento y Lucha Activa, y Autocontrol y Control Emocional, mientras que las EA negativas afectan la CvRS. **Conclusión:** Los resultados resaltan la necesidad de acompañamiento psicológico que promueva EA positivas y beneficien la CvRS en mujeres con cáncer ginecológico.

© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cnunez@udem.edu.co

KEYWORDS:

Clinical psychology,
health care psychology,
wellness, social support,
oncology

Quality of life and coping strategies in patients with gynecological cancer

Abstract Introduction: Gynecological cancer impacts women psychologically. In this process, the Coping Strategies-CS are apparently associated with Health-Related Quality of Life HRQL; however, the predictive value of CS on HRQL is unknown. This article aims to identify the differences and the nature of the relationship of HRQL and CS regarding psychological support, as well as to identify whether CS predict HRQL. **Method:** A non-experimental design was performed with 55 women between 27 and 69 years old, $M = 42.3$, $DE = 10.1$, diagnosed with gynecological cancer. The HRQL was evaluated with the FACT-Cx and the SF-36; and the CS, with CAEPO (Spanish acronym). **Results:** Women with psychological support have better HRQL and CS, likewise, HRQL was correlated with positive CS. The general health dimension is also explained by positive CS, and inversely by negative CS. The CS that best predict HRQL are: active confrontation and fighting, and self-control and emotional control, while negative CS affect HRQL. **Conclusion:** The results highlight the need for psychological support that promotes positive CS and benefits HRQL in women with gynecological cancer.

© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El cáncer ginecológico afecta los órganos reproductivos de la mujer y está conformado por el cáncer de vulva, vagina, cuello uterino (cérvix), útero y ovario, con altas cifras de mortalidad (González-Martín, 2015). La IARC - International Agency for Research on Cancer (Wild et al., 2020) reportó a nivel mundial 44235 casos y 15222 muertes ocasionadas por cáncer de vulva; 17600 casos y 8062 muertes por cáncer de vagina; 569847 casos y 311365 muertes por cáncer de cervix; 382069 casos y 89929 muertes por cáncer de útero; 295414 casos y 15138 muertes por cáncer de ovario (Bray et al., 2018). A nivel mundial, la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino lo ha clasificado como el cuarto tipo más común en mujeres (Wild et al., 2020).

La calidad de vida relacionada con la salud (CvRS) se ve afectada ante el cáncer, ya que se generan cambios en el funcionamiento físico, psicológico, emocional y social de la paciente (Sánchez-Pedraza et al., 2017). El diagnóstico y tratamiento del cáncer disminuye la CvRS respecto a feminidad, autoestima y sexualidad (Álviz et al., 2016; Torrecilla et al., 2016). Específicamente, las pacientes con cáncer de cuello uterino y estado de menopausia presentan efectos secundarios en su CvRS según el tratamiento (Bjelic-Radisic et al., 2012). La percepción del cáncer se asume como una experiencia traumática que genera pensamientos catastróficos, afectando el bienestar y CvRS (Lostaunau et al., 2017). Usar estrategias orientadas a la solución con recursos cognitivos, conductuales y emocionales mejora la respuesta adaptativa frente a la enfermedad (Baiocchi et al., 2013; Tuncay, 2014). Recientes trabajos han mostrado que una peor CvRS social y funcional se asocia con mayores apegos negativos, tanto propios como de la pareja (Crangle et al., 2020).

La fase adaptativa de la enfermedad presenta Estrategias de Afrontamiento (EA) como la evitación, reevaluación positiva, religiosidad, solución de problemas, espíritu de lucha, entre otras (Pérez et al., 2017). Las EA se asocian también a demandas ambientales que contribuyen sustancialmente a su desarrollo (Hidalgo-Troya et al., 2016; Lagoueyte Gómez et al., 2016). No obstante, se desconocen cuáles EA pueden predecir la CvRS.

Se ha encontrado correlación entre las EA y la CvRS, principalmente, aquellas EA enfocadas en la solución del problema se asocian con mejor CvRS (Acosta-Zapata et al., 2017), menor estrés y menos síntomas depresivos (Siwik et al., 2020). En cambio, al emplear estrategias evitativas y centradas en la emoción, se genera reducción y deterioro de los niveles de CvRS (Acosta-Zapata et al., 2017; Mingo-rance et al., 2019). Las EA de regulación emocional en pacientes oncológicos se asocian con la menor expresión de emociones negativas (Porro et al., 2012).

Sin embargo, otros hallazgos exponen que no hay relación entre las EA y la CvRS (Cheng et al., 2019; Coppin et al., 2006). Igualmente, es importante estudiar la predicción de EA sobre la CvRS. Ante tal diferencia y vacío de la literatura revisada, nuestra hipótesis sostiene que las EA positivas predicen y favorecen la CvRS. Consideramos que la atención psicológica recibida por las pacientes genera diferencias en la EA y, por consiguiente, en la CvRS comparadas con quienes no la reciben.

De contrastar estas hipótesis, el conocimiento obtenido podrá contribuir a la discusión del rol de las EA sobre la CvRS en el campo clínico. La presente investigación se enmarca en la línea de trabajos previos (Aguirre-Loaiza et al., 2017; Núñez et al., 2018). En consecuencia, los objetivos fueron: identificar las posibles diferencias y la relación de la CvRS y EA según la asistencia psicológica, e identificar las EA que mejor predicen la CvRS.

Método

Diseño y participantes

Se diseñó un estudio observacional transversal; con muestreo intencional participaron cincuenta y cinco mujeres, entre 27 y 69 años de edad ($M_{edad} = 42.3$, $DE = 10.1$) diagnosticadas con cáncer ginecológico y en proceso de tratamiento. Son mujeres provenientes de las ciudades de Medellín ($n = 38$, 69.1%) y Santiago de Cali ($n = 17$, 30.9%), Colombia (véase tabla 1).

Tabla 1 Variables sociodemográficas y médicas.

Estrato Socioeconómico	n(%)
Uno	1(1.8)
Dos	7(12.7)
Tres	20(36.4)
Cuatro	24(43.6)
Cinco	3(5.5)
Estado civil	
Soltero	14(25.5)
Casado	22(40.0)
Unión libre	10(18.2)
Separada	7(12.7)
Viuda	2(3.6)
Escolaridad	
Primaria	2(3.6)
Secundaria	17(30.9)
Tecnológico / Técnico	20(36.4)
Pregrado	9(16.4)
Posgrado	7(12.7)

Tiempo de Diagnóstico	n(%)
< 12 meses	36(65.5)
13-36 meses	14(25.5)
> 61 meses	4(7.3)
37-60 meses	1(1.8)
Estadio o Etapa	
Estadio 0	4(7.3)
Estadio I	1(1.8)
Estadio II	14(25.5)
Estadio III	26(47.3)
Estadio IV	10(18.2)
Familiares con cáncer	
Si	17(30.9)
No	38(69.1)
Atención Psicológica	
No	37(67.3)
Si	18(32.7)

Técnicas e instrumentos

Calidad de vida relacionada con la salud

La escala -FACT-Cx- (Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix) es un instrumento específico que evalúa la CvRS en el caso del Cáncer de Cervix. Está compuesto por 42 ítems agrupados en cinco dimensiones: Bienestar Físico (7 ítems), Bienestar Social/familiar (7 ítems positivos + 1 ítem opcional sobre satisfacción sexual), Bienestar Emocional (6 ítems), Bienestar Funcional (7 ítems) y otras preocupaciones asociadas al cáncer de cérvix (15 ítems). Los enunciados pueden ser reactivos indirectos: “Tengo miedo de tener relaciones sexuales” y directos “Me gusta la apariencia de mi cuerpo”. En los reactivos indirectos se invierte la puntuación. Cada ítem puntúa en una escala tipo Likert, de cuatro opciones: *nada* = 0, *un poco* = 1, *algo* = 2, *mucho* = 3, y *muchísimo* = 4. Cada dimensión suma el puntaje de los ítems y se multiplica por el total de los ítems de cada dimensión, luego se divide por el número de ítems contestados. La puntuación total se obtiene sumando el total de las dimensiones. A mayor puntaje, mejor CvRS. La validación inicial proviene del FACT-G (general) en diferentes tipologías oncológicas (Cella et al., 1993). También, tiene evidencia de propiedades psicométricas (Menezes et al., 2013; Sánchez et al., 2011). Nuestro estudio estimó el coeficiente *Omega* (ω) de McDonald, [$\omega = .89$ (95%IC, $\omega = .84$, $\omega = .92$)]. El uso del FACT-Cx fue autorizado por la organización facit.org.

El Cuestionario Short Form-36 (SF-36) es un instrumento genérico y mide la CvRS. Las dimensiones son: funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, funcionamiento social, dolor físico, vitalidad, salud mental y salud general. Estas últimas dos dimensiones recogen a las anteriores. A mayor puntaje, mejor CvRS. La puntuación difiere según el formato de respuesta de los ítems, la puntuación se transformó en una escala de 0 a 100. El SF-36 tiene evidencia de ajustes psicométricos satisfactorios

(Alonso et al., 1995; Vilagut et al., 2005). La consistencia interna estimada para nuestro estudio fue: $\omega = .96$ (95% IC, $\omega = .95$, $\omega = .98$).

Estrategias de afrontamiento

El CAEPO, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos contiene siete escalas, agrupadas en dos sub-escalas de 20 ítems, las cuales corresponden al enfrentamiento de conductas y pensamientos ante una situación valorada como grave. *EA Positivas*: Enfrentamiento y Lucha Activa (9 ítems), Autocontrol y Control Emocional (7 ítems) y Búsqueda de Apoyo Social (4 ítems). *EA negativas*: Ansiedad y Preocupación Ansiosa (6 ítems), Pasividad y Resignación Pasiva (5 ítems), Huida y Distanciamiento (6 ítems) y Negación (3 ítems). Se ha mostrado evidencia de validez de constructo y criterio; así mismo, se han reportado coeficientes de confiabilidad satisfactorios en las sub-escalas, con coeficientes entre $\alpha = .78$ y $\alpha = .91$, y para el total del cuestionario $\alpha = .84$ (González, 2004). Para nuestro estudio la consistencia fue: EA positivas $\omega = .92$ (95% IC, $\omega = .89$, $\omega = .95$), EA negativas $\omega = .75$ (95% IC, $\omega = .65$, $\omega = .86$).

Procedimiento y consideraciones éticas

El protocolo de evaluación se desarrolló momentos previos a y después de la consulta del médico especialista. Cada mujer firmó el consentimiento informado garantizando los principios de confidencialidad, privacidad y autonomía. Cada paciente informó Sí/No a la asistencia psicológica. Se siguieron las disposiciones de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y normativas nacionales (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2016). La investigación fue avalada por comité de ética del Instituto de Cancerología SA. Acta 11-2016.

Plan de análisis de los datos

El plan de análisis se desarrolló en tres fases:

(i) Análisis exploratorio y descriptivo. Se identificaron dos casos de datos perdidos y se imputó a la mediana. Los datos mostraron distribución asimétrica (Kolmogorov-Smirnov, $p < .05$). Todos los datos fueron procesados con los puntajes directos de las medidas de CvRS y EA. Se estimaron medidas descriptivas: promedio (M), desviación estándar (DE), Mediana (Me) y Rango promedio.

(ii) Comparación de medias independientes y correlación. El análisis no-paramétrico (*Mann-Whitney*) comparó entre quienes sí reciben atención psicológica y quienes no lo hacen. El tamaño del efecto se estimó por la *Probabilidad Superior* ($PS = U/m \cdot n$), donde PS = probabilidad superior, U = Mann-Whitney, m = primera muestra, n = segunda muestra (Ellis, 2010; Erceg-Hurn & Mirosevich, 2008). La interpretación de PS es similar a la d de Cohen (Grissom, 1994;

Grissom & Kim, 2005): Pequeño tamaño del efecto ($PS \leq .56$); mediano, ($PS \leq .64$); grande, ($PS \leq .71$). El coeficiente de Rho de Spearman (Rho) fue usado para la correlación. Se estimaron pruebas de confiabilidad de consistencia interna *Omega* de McDonald e intervalo de confianza.

(iii) Modelamiento de regresión lineal múltiple. Se trató como variables predictoras las EA. La variable dependiente fue la CvRS con los puntajes del FACT-Cx y SF-36. Para todos los modelos se efectuó el método de paso a paso. Se estudió el diagnóstico de multicolinealidad comprobando que el VIF (Variance Inflation Factor) no fuese >10 y valores de tolerancia >1 . La normalidad de los residuos y homocedasticidad se comprobaron con Kolmogorov-Smirnov ($p > .05$), y Levene, respectivamente. La prueba de Durbin-Watson mostró valores cercanos a 2 señalando que no hay autocorrelación problemática. En cada modelo se reportaron los intervalos de confianza para B . El plan de tratamiento se usó con IBM-SPSS v.24, y JASP (JASP Team, 2020).

Tabla 2 Descriptivos y comparación de la CvRS y las EA respecto a la atención psicológica

Variable Instrumento	Atención Psicológica				Mann-Whitney	
	No (n = 37)		Si (n = 18)		U	Z(p)
	M(DE)	Me(Ra)	M(DE)	Me(Ra)		
FACT-Cx						
BF	15.7(4.5)	15(24.0)	19.6(6.8)	20(36.1)	187.0	-2.63(.009*)
BS/F	16.9(4.1)	15(27.9)	17.1(5.1)	18(28.0)	332.5	-0.00(.993)
BE	11.9(4.6)	11(23.9)	16.0(6.0)	18(36.3)	182.5	-2.70(.007*)
FB	12.4(5.7)	11(23.7)	17.7(6.7)	19(36.7)	175.5	-2.82(.005*)
OPCx	39.4(4.1)	40(26.4)	40.2(5.1)	41(24.4)	275.0	-1.04(.295)
Total	96.6(19.9)	90(35.3)	110.7(23.1)	113(35.3)	201.0	-2.36(.018*)
SF-36						
FF	81.7(15.6)	86(30.0)	74.5(22.6)	84(23.7)	256.5	-1.38(.165)
DF	67.9(24.4)	50(27.1)	73.6(24.5)	68(29.7)	301.0	-0.65(.516)
DE	68.4(23.8)	50(27.2)	71.3(24.7)	66(29.5)	305.5	-0.53(.590)
FS	65.2(10.4)	60(31.1)	58.0(9.0)	55(21.5)	217.5	-2.13(.033*)
DF	65.3(23.9)	70(28.7)	62.0(26.8)	67(26.4)	305.0	-0.50(.613)
V	49.9(9.0)	50(26.1)	55.6(16.6)	51(31.7)	266.0	-1.22(.222)
SM	51.0(12.8)	48(26.6)	59.3(25.5)	48(29.8)	281.5	-0.93(.348)
SG	53.6(52.0)	52.0(26.5)	59.2(19.6)	56(31.0)	278.5	-0.98(.324)
CAEPO						
ELA	16.3(6.3)	13(24.7)	20.8(6.4)	24(34.7)	211.5	-2.19(.028*)
ACE	12.1(4.3)	10(24.2)	15.4(4.9)	16(35.6)	195.0	-2.49(.012*)
BAS	6.0(1.5)	5(28.5)	5.6(2.4)	6(26.8)	313.0	-0.37(.710)
EA(positivas)	34.(11.5)	27(24.8)	41.9(11.3)	44(34.4)	218.0	-2.06(.039*)
APA	8.9(3.8)	10(30.0)	7.3(3.8)	6(23.7)	257.0	-1.37(.170)
PRP	7.2(2.8)	7(30.2)	5.8(3.9)	5(23.3)	249.5	-1.50(.131)
HD	10.6(3.4)	12(29.0)	10.1(3.7)	12(25.9)	295.5	-0.68(.495)
Ne	4.5(1.2)	5(29.3)	3.8(2.2)	4(25.2)	283.5	-0.90(.364)
AS(negativas)	31.7(9.4)	36(29.4)	28.5(9.1)	26(24.7)	274.5	-1.05(.293)

Nota: BF = Bienestar Físico; BS/F = Bienestar Social/Familiar; BE = Bienestar Emocional; FB = Bienestar Funcional; OPCx = Otras Preocupaciones; FF = Funcionamiento Físico; DE = Desempeño Físico; DE = Desempeño Emocional; FS = Funcionamiento Social; DF = Dolor Físico; V = Vitalidad; SM = Salud Mental; SG = Salud General; ELA = Enfrentamiento y Lucha Activa, ACE = Autocontrol y Control Emocional, BAS = Búsqueda de Apoyo Social, EA Positivas = Subtotal Estrategias Afrontamiento Positivas, APA = Ansiedad y Preocupación Ansiosa, PRP = Pasividad y Resignación Pasiva, HD = Huida y Distanciamiento, N = Negación, EN = Subtotal Estrategias de Afrontamiento Negativas.

*Significancias

Resultados

Los resultados descriptivos (tabla 2) muestran que los puntajes de CvRS y EA positivas favorecen a aquellas mujeres que reportaron tener asistencia psicológica y los puntajes de las EA negativas son más altos en mujeres que no la reportaron.

En el mismo sentido lo indicó el análisis inferencial no-paramétrico. Específicamente, en el FACT-Cx se hallaron diferencias en las siguientes dimensiones: BF ($U = 187.0$, $Z = -2.63$, $p = .009$, $PS = .28$), BE ($U = 182.5$, $Z = -2.70$, $p = .007$, $PS = .27$), FB ($U = 175.5$, $Z = -2.82$, $p = .005$, $PS = .26$), puntaje total del FACT-Cx ($U = 182.5$, $Z = -2.70$, $p = .007$, $PS = .27$). No se hallaron diferencias en BS/F y OPCx.

En el SF-36 se observó un funcionamiento social significativamente mayor en quienes no reciben atención psicológica ($U = 217.5$, $Z = -2.13$, $p = .003$, $PS = .32$). Respecto a las EA se observaron diferencias significativas en las EA positivas: ELA ($U = 211.5$, $Z = -2.19$, $p = .028$, $PS = .31$), ACE ($U = 195.0$, $Z = -2.49$, $p = .012$, $PS = .29$) y el subtotal de EA positivas ($U = 218.0$, $Z = -2.06$, $p = .039$, $PS = .32$). Los tamaños del efecto de la CvRS y EA fueron pequeños ($PS < .56$). En las subescalas de EA no se observaron diferencias.

La matriz de correlaciones según la atención psicológica se observa en la tabla 3. En la diagonal inferior se muestran los coeficientes de correlación en el grupo de mujeres que reportaron no-asistencia. Los datos muestran que las EA positivas correlacionan con los puntajes de CvRS de OPCx ($Rho = .37$, $p < .05$), el total del FACT-Cx ($Rho = .86$, $p < .01$), Salud General y Salud Mental del SF-36 ($Rho = .61$, $p < .01$). En tanto que las EA negativas se correlacionan negativamente con OPCx, ($Rho = -.41$, $p < .05$), el total del FACT-Cx ($Rho = -.78$, $p < .01$). Salud General y Salud Mental del SF-36 no correlacionó.

En cuanto a las mujeres que sí reportaron asistencia psicológica, se observaron correlaciones entre los constructos

Tabla 3 Coeficientes de correlaciones según la atención psicológica

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Otras Preocupaciones		.32	.36	.21	.15	.05
2. Total FACT-Cx	.55**		.71**	.77**	.81**	-.41
3. Salud General/SF-36	-.19	.52**		.84**	.60**	-.09
4. Salud Mental/SF-36	.17	.54**	.98**		.63**	-.20
5. EA positivas	.37*	.86**	.61**	.61**		-.37
6. EA negativas	-.41*	-.78**	-.21	-.20	-.73**	

Nota: Coeficientes de correlación Rho de Spearman (Rho).

□ No asistencia psicológica ($n = 37$)

■ Si asistencia psicológica ($n = 18$)

* $p < .05$, ** $p < .01$

de CvRS y EA. Específicamente, las EA positivas correlacionaron positivamente con el puntaje total del FACT-Cx ($Rho = .81$, $p < .01$), Salud general ($Rho = .60$, $p < .01$), y Salud Mental ($Rho = .63$, $p < .01$). Las EA negativas no correlacionaron con variables de CvRS.

El modelo de regresión lineal múltiple indica que las EA positivas predicen la CvRS en el FACT-Cx ($R^2 = .75$, $\Delta R^2 = .74$, $F(2, 52) = 78.22$, $p < .001$). El 75% de la varianza de la CvRS está explicado por las EA positivas (modelo 2, tabla 4): Enfrentamiento y Lucha Activa ($\beta = .50$, $t = 2.75$, $p = .008$, 95%IC[0.43, 2.74]) y Autocontrol y Control Emocional ($\beta = .38$, $t = 2.13$, $p = .037$, 95%IC[0.43, 2.74]). La dimensión Búsqueda de Apoyo Social no fue incluida por el método de paso a paso del modelo. Similarmente, las EA negativas predicen negativamente la CvRS ($R^2 = .67$, $\Delta R^2 = .65$, $F(3, 51) = 34.41$, $p < .001$), el 67% de la varianza es explicada por las dimensiones de Ansiedad y Preocupación Ansiosa ($\beta = -.81$, $t = -9.17$, $p < .001$, 95%IC[-5.44, -3.49]), Negación

Tabla 4 Modelos de regresión de la CvRS en pacientes de cáncer ginecológico (FACT-Cx) y estrategias de afrontamiento

Modelo	R ²	ΔR^2	B	EE	β	t	p	95%IC para B
CvRS (FACT-Cx) y EA positivas								
Modelo 1	.729	.723	52.63	4.34		12.10	< .001	[43.91, 61.34]
ELA			2.72	0.22	.85	11.92	< .001	[2.26, 3.18]
Modelo 2	.751	.741	50.14	4.36		11.49	< .001	[41.39, 58.90]
ELA			1.59	0.57	.50	2.75	.008	[0.43, 2.74]
ACE			1.72	0.80	.38	2.13	.037	[0.10, 3.34]
CvRS (FACT-Cx) y EA negativas								
Modelo 1	.606	.599	137.2	4.37		31.33	< .001	[128.45, 146.02]
APA			-4.28	0.47	-.78	-9.03	< .001	[-5.23, -3.33]
Modelo 2	.641	.628	146.3	5.84		25.07	< .001	[134.59, 158.00]
APA			-4.08	0.46	-.74	-8.78	< .001	[-5.02, -3.15]
N			-2.48	1.10	-.19	-2.25	.029	[-4.70, -0.27]
Modelo 3	.669	.650	141.2	6.12		-8.78	< .001	[-5.02, -3.15]
APA			-4.46	0.48	-.81	-9.17	< .001	[-5.44, -3.49]
N			-3.55	1.18	-.27	-2.98	.004	[-5.92, -1.16]
HD			1.22	0.59	-.20	2.07	.043	[0.04, 2.40]

Nota: ELA = Enfrentamiento y Lucha Activa, ACE = Autocontrol y Control emocional, APA = Ansiedad y Preocupación Ansiosa, N = Negación, HD = Huida y Distanciamiento. La variable dependiente es la Calidad de vida relacionada con la salud (CvRS) es el puntaje total del FACT-Cx.

Tabla 5 Modelos de regresión de la CvRS en pacientes de cáncer ginecológico (SF-36) y estrategias de afrontamiento.

Modelo	R ²	ΔR^2	B	EE	β	t	p	95%IC para B
CvRS (SF-36) y EA positivas								
Modelo 1	.307	.294	34.80	4.54		7.67	< .001	[25.70, 43.90]
ACE			1.56	0.32	.55	4.84	< .001	[0.91, 2.21]
CvRS (SF-36) y EA negativas								
Modelo 1	.305	.291	71.63	3.68		19.44	< .001	[64.24, 79.02]
APA			-1.92	0.39	-.55	-4.81	< .001	[-2.72, -1.12]
Modelo 2	.515	.496	57.63	4.28		13.46	< .001	[49.04, 66.23]
APA			-2.65	0.37	-.76	-7.16	< .001	[-3.39, -1.90]
HD			1.92	0.40	.50	4.74	< .001	[-1.10, 2.73]

Nota: ACE = Autocontrol y Control emocional, APA = Ansiedad y Preocupación Ansiosa, HD= Huida y Distanciamiento. La variable dependiente es la CvRS.

($\beta = -.27$, $t = -2.98$, $p = .004$, 95%IC[-5.92, -1.16]), y Huida y Distanciamiento ($\beta = -.27$, $t = -2.98$, $p = .004$, 95%IC[-5.92, -1.16]).

La salud general (SF-36) es explicada en el 30% por la EA positivas de Autocontrol y control emocional ($R^2 = .30$, $\Delta R^2 = .29$, $F(1, 53) = 23.4$, $p < .001$) (véase tabla 5). El Enfrentamiento y Lucha Activa y Búsqueda de apoyo social fueron excluidas en el método de paso a paso. Mientras, la Ansiedad y Preocupación Ansiosa ($\beta = -.76$, $t = -7.16$, $p < .001$, 95%IC[-3.39, -1.90]) y Huida y Distanciamiento ($\beta = .50$, $t = 4.74$, $p < .001$, 95%IC[1.10, 2.73]) predicen negativamente y explican la varianza del 51% de la CvRS de la salud general ($R^2 = .51$, $\Delta R^2 = .49$, $F(2, 52) = 27.5$, $p < .001$).

Discusión

El presente estudio tuvo un doble propósito: primero, identificar las posibles diferencias y la relación entre la CvRS y las EA según la asistencia psicológica; y, segundo, identificar las EA que mejor predicen la CvRS. El primer apartado de resultados indica que las mujeres con asistencia psicológica, comparadas con aquellas sin asistencia psicológica, reportaron un mejor bienestar físico, emocional, funcional, social; en resumen, mejor CvRS. Las EA positivas también fueron significativamente diferentes según la asistencia psicológica, favoreciendo las EA positivas en las mujeres con asistencia psicológica en Enfrentamiento y Lucha Activa, así como en Autocontrol y Control emocional. Paralelamente, el análisis correlacional mostró que las mujeres sin asistencia psicológica tienen una relación negativa entre la dimensión de Otras Preocupaciones del Cáncer, el total del FACT-Cx y EA negativas; en tanto, el grupo de mujeres con asistencia psicológica mostró una relación proporcional entre CvRS, la salud general, salud mental y las EA positivas.

Asimismo, los resultados señalan que las EA predicen la CvRS tanto en la medida del FACT-Cx, como en el SF-36, debido a que el 75% de la varianza de la CvRS en el cáncer ginecológico es explicada por las EA positivas (Enfrentamiento y Lucha Activa, y Autocontrol y Control Emocional). Por otro lado, las EA negativas (Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Negación y Huida y Distanciamiento) explican el 67%. Respecto a la CvRS en la Salud General (SF-36), el Autocontrol y Control Emocional explican el 30%. Las EA de

Ansiedad y Preocupación Ansiosa y Huida y Distanciamiento afectan la CvRS en el 51%.

Si bien en el tratamiento del cáncer ginecológico el enfoque principal se hace sobre la reducción de la morbilidad y mortalidad (Noreña-Quiceno & Tamayo-Acevedo, 2010), variables como la CvRS requieren mayor relevancia en las intervenciones realizadas para garantizar un abordaje integral y mejorar la supervivencia incluyendo factores psicológicos, entre ellos las EA. Diversos autores han reportado una asociación entre el curso de la enfermedad y las EA, incluso planteando que tiene un efecto sobre la eficacia y la adherencia al tratamiento y que reduce la tensión asociada a la patología (Barroilhet et al., 2005; Dallabrida et al., 2014; Fawzy et al., 1993; Holt et al., 2015; Manne et al., 2015). Nuestros resultados aportan evidencia al respecto de la importancia de la asistencia psicológica y programas de intervención para el uso de EA positivas ante el desafío de la enfermedad oncológica.

En línea con los hallazgos, diversos estudios reafirman la importancia de las EA positivas como respuestas adaptativas frente al estrés de la enfermedad y sus tratamientos (Canada et al., 2006; Hernández et al., 2019; Holland & Holahan, 2003; Merluzzi et al., 2019; Religioni et al., 2020). El factor predictor de EA positivas sobre la CvRS puede comprenderse por la percepción de control frente a la enfermedad (Barroilhet et al., 2005; Fawzy et al., 1993; Martín et al., 2005). Además, las pacientes asumen una serie de pensamientos y conductas activas en respuesta a las exigencias de la enfermedad (cooperación consigo mismas y con el personal de salud, búsqueda de información de la enfermedad y sus tratamientos) que facilitan el proceso de adaptación y, en consecuencia, mejoran la CvRS (Baiocchi et al., 2013; Gómez & Lagoueyte, 2012; Panobianco et al., 2012; Smith et al., 2015).

Las EA positivas enfocadas al problema impactan favorablemente la CvRS (Acosta-Zapata et al., 2017). Se ha evidenciado cómo pacientes que recibieron terapia psicológica y apoyo psicoeducativo reducen trastornos del ánimo, ansiedad y depresión (Chow et al., 2016; Jassim et al., 2015). Nuestros resultados van en esta línea, pues muestran que EA positivas predicen favorablemente la CvRS; mientras que EA negativas son inversamente proporcionales a la CvRS. Estos datos han sido señalados en trabajos previos (Baiocchi et al., 2015; Llull et al., 2003). Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Huida y Distanciamiento, y, en general,

estrategias evitativas afectan negativamente la CvRS (Mingorance et al., 2019).

Así, nuestros resultados respaldan dos ideas principales: primero, el efecto predictor de la EA positivas sobre la CvRS en las pacientes de cáncer ginecológico; segundo, la importancia de programas de apoyo psicológico que contribuyan a desarrollar EA positivas que mejoren la calidad de vida y adherencia al tratamiento de las pacientes (Sharif & Khanekharab, 2017). La combinación de tratamiento con, por ejemplo, actividad física y psicoterapia pueden ser prometedores; recientemente se ha mostrado que intensidades moderadas y vigorosas mejoran la CvRS (Barbosa-Granados & Aguirre-Loaiza, 2020).

Si bien estos hallazgos pueden ser prometedores en el ámbito clínico e investigativo, deben ser considerados con cautela debido a algunas limitantes. Primero, el tamaño de la muestra del estudio, lo cual es corroborado por los pequeños tamaños encontrados en el efecto debido a las restricciones de acceso a las pacientes en los diferentes centros médicos. Segundo, se requiere identificar el tipo de intervención psicológica que las pacientes han usado; es concebible conjeturar las diferencias sobre el enfoque psicoterapéutico y, además, establecer el motivo por el cual algunas pacientes no han recibido atención psicológica. Finalmente, estudios de mayor control y manipulación de variables pueden ofrecer relaciones causales respecto a las EA y CvRS y otros síntomas heterogéneos (Martínez et al., 2019); así mismo, el uso de metodologías cualitativas es una oportunidad importante para nuevos trabajos, que impliquen condiciones culturales asociadas a la prevención de la enfermedad y el uso de vacunas contra el virus del papiloma humano (Benavides et al., 2020).

Concluimos que las pacientes que autorreportaron asistencia psicológica muestran un mayor empleo de EA positivas y mejor CvRS, con una correlación positiva entre ambas, en comparación de aquellas que no la reportaron. El modelo de regresión indicó que las EA positivas (Enfrentamiento y Lucha Activa y Autocontrol y Control Emocional) predicen mejor la CvRS (FACT-Cx). Respecto a las EA negativas (Ansiedad y Preocupación, Negación y Huida y Distanciamiento) predicen negativamente la CvRS. Además, la CvRS general también es explicada en 30% por EA positivas e inversamente por EA negativas en un 51%.

Agradecimientos y conflicto de intereses

Mujeres participantes de Oncólogos Asociados de Imbanaco, Cali, Colombia y de Profamilia, Medellín, Colombia. Los autores no declaramos conflicto de intereses.

Fuente de financiación

Universidad de Medellín y Universidad Santiago de Cali.

Referencias

- Acosta-Zapata, E., López-Ramón, C., Martínez-Cortés, M., & Zapata-Vázquez, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 139. <https://doi.org/10.19136/hs.a16n2.1629>
- Aguirre-Loaiza, H., Núñez, C., Navarro, A., & Cortés, S. (2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: Análisis desde el FACT-B y SF-36. *Psychologia, Avances de La Disciplina*, 11(1), 109-120.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Álviz, A., Martínez, J., Marrugo, A., Taron, A., & Díaz, A. (2016). Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe (Cartagena, Colombia). *Pharmaceutical Care España*, 18(6), 251-264. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/355>
- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N., & Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Revista Enfermería Herediana*, 6(1), 18-24. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i1.2373>
- Barbosa-Granados, S., & Aguirre-Loaiza, H. (2020). Actividad física y calidad de vida relacionada con la salud en una comunidad académica. *Revista Pensamiento Psicológico*, 18(2), 1-29. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPS18-2.afcv>
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Española de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Benavides, H. J., Polo, E. Y., Rodríguez, D. M., Tovar, P., & Pineda-Marín, C. (2020). Estrategias de aceptabilidad de la vacunación contra el virus del papiloma humano: una revisión sistemática. *Suma Psicológica*, 27(2), 125-141. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2020.v27.n2.7>
- Bjelic-Radisic, V., Jensen, P., Vlasic, K., Waldenstrom, A., Singer, S., Chie, W., Nordin, A., & Greimel, E. (2012). Quality of life characteristics in patients with cervical cancer. *European Journal of Cancer*, 48(16), 3009-3018. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.05.011>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Canada, A., Parker, P., de Moor, J., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L., & Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 101(1), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.09.045>
- Cella, D., Tulskey, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., Brannon, J., Eckberg, K., Lloyd, S., Purl, S., Blendowski, C., Goodman, M., Barnicle, M., Stewart, I., Mchale, M., Bonomi, P.,...Harris, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Cheng, C., Ho, S., Liu, W., Hou, C., Lim, C., Gao, S., Chang, W., & Wang, G. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 933-941. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4382-z>
- Chow, K., Chan, J. Y., Choi, K. C., & Chan, C. (2016). A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(1), 20-31. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000234>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2016). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Manual Moderno.

- Coppin, A., Shumway-Cook, A., Saczynski, J., Patel, K., Ble, A., Ferrucci, L., & Guralnik, J. (2006). Association of executive function and performance of dual-task physical tests among older adults: analyses from the InChianti study. *Age and Ageing*, 35(6), 619-624. <https://doi.org/10.1093/ageing/af107>
- Crangle, C., Torbit, L., Ferguson, S., & Hart, T. (2020). Dyadic coping mediates the effects of attachment on quality of life among couples facing ovarian cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(4), 564-575. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00096-3>
- Dallabrida, F., Loro, M., Schmidt, C., Rosanelli, P., De Souza, M., Gomes, J., Cristina, A., & Kolankiewicz, B. (2014). *Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero* Quality of life of women undergoing treatment for cervical cancer Calidad de vida de mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino*, 21(151), 116-122. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100015>
- Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes*. Cambridge University Press.
- Erceg-Hurn, D., & Mirosevich, V. (2008). Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *American Psychologist*, 63(7), 591-601. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.7.591>
- Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., & Morton, D. (1993). Malignant melanoma. *Archives of General Psychiatry*, 50(9), 681. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820210015002>
- Gómez, M., & Lagoueyte, M. (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances En Enfermería*, 30(1), 32-41. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35430/36127>
- González, M. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos -CAEPO*. Ediciones TEA.
- González-Martín, A. (2015). El cáncer ginecológico. *Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 191(mayo-junio), 313-314.
- Grissom, R. (1994). Probability of the superior outcome of one treatment over another. *Journal of Applied Psychology*, 79(2), 314-316. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.79.2.314>
- Grissom, R., & Kim, J. (2005). *Effect size for research*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Hernández, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Rodríguez Capote, A., Jara, C., Padilla Álvarez, A., Gómez-Camacho, M., Beato, C., Castelo, B., Majem, M., Muñoz, M. del M., Ivars, A., Mangas-Izquierdo, M., Rogado-Revuelta, J., & Jimenez-Fonseca, P. (2019). Differences in coping strategies among young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics*, 19(12), 12420. <https://doi.org/10.1111/psyg.12420>
- Hidalgo-Troya, A., Pantoja-Córdoba, A., Sañudo-Vélez, P., & Rocha-Buelvas, A. (2016). Coping and quality of life in oncologic patients of the province of Nariño, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 64(2), 181-188. <https://doi.org/10.15446/revfac-med.v64n2.52409>
- Holland, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15-29. <https://doi.org/10.1080/0887044031000080656>
- Holt, K., Mogensen, O., Jensen, T., & Hansen, G. (2015). Goal setting in cancer rehabilitation and relation to quality of life among women with gynaecological cancer. *Acta Oncologica*. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2015.1037009>
- JASP Team. (2020). *JASP (versión 0.14.1) [Computer software]*. jasp-stats.org
- Jassim, G., Whitford, D., Hickey, A., & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(5), CD008729.
- Lagoueyte, M., Gómez-Gómez, M., & Velásquez, A. (2016). Reliabilidad: baluarte en el afrontamiento del cáncer de cérvix. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(1), 6-15.
- Llull, D., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PSICO-USF*, 8(2), 55-64. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712003000200009>
- Lostanaun, V., Torrejón, C., & Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75. <https://doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., Rubin, S., & Rosenblum, N. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375-382. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000215>
- Martín, J., Sánchez, M., & Sierra, J. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-45.
- Martínez, P., Conchado, A., Andreu, Y., & Galdón, M. (2019). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a heterogeneous sample of adult cancer patients. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(1), 1-8. <https://doi.org/10.14349/rp.2019.v51.n1.1>
- Menezes, C., Fregnani, S., Tavares, H., Fregnani, G., Do, M., Dias De Oliveira Latorre, R., & Maria De Almeida, A. (2013). Evaluation of the psychometric properties of the functional assessment of cancer therapy-cervix questionnaire in Brazil. *PLoS ONE*, 8(10), Article e77947. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077947>
- Merluzzi, T., Chirico, A., Serpentine, S., Yang, M., & Philip, E. (2019). The role of coping in the relationship between stressful life events and quality of life in persons with cancer. *Psychology & Health*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1545905>
- Mingorance, M., Arbinaga, F., Márquez, J., & Bayo-Calero, J. (2019). Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales de Psicología*, 35(2), 188-194. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>
- Noreña-Quiceno, C., & Tamayo-Acevedo, L. S. (2010). Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan*, 10(1), 52-68.
- Núñez, C., Navarro, A., Cortés, S., López, J., Aguirre-Loaiza, H., & Trujillo, C. (2018). Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 36(2), 59-69. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082018000200059>
- Panobianco, M., Pimentel, A., Almeida, A., & Oliveira, I. (2012). Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: Enfrentando a doença e o tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3), 517-523.
- Pérez, P., González, A., Mielles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2). <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi15-2.rase>
- Porro, L., Andres, L., & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Religioni, U., Czerw, A., Badowska-Kozakiewicz, A., & Deptała, A. (2020). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life, and strategies of coping with illness among patients with gastric cancer. *Journal of Cancer Education*, 35, 724-730. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01519-0>
- Sánchez, R., Villamizar, L., & Ortiz, N. (2011). Validación de la escala FACT-Cx en Colombia usando el modelo de teoría de respuesta al ítem. *Revista Colombiana de Cancerología*, 15(1), 13-21. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(11\)70076-2](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(11)70076-2)

- Sánchez-Pedraza, R., Sierra-Matamoros, F., & Morales-Mesa, O. (2017). Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: Un estudio transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 25-34. <https://doi.org/10.18597/rcog.2979>
- Sharif, S., & Khanekharab, J. (2017). External locus of control and quality of life among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of coping strategies. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(6), 706-725. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1308984>
- Siwik, C., Hicks, A., Phillips, K., Rebholz, W., Zimmaro, L., Weissbecker, I., Cash, E., & Sephton, S. E. (2020). Impact of coping strategies on perceived stress, depression, and cortisol profiles among gynecologic cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 993-1003. <https://doi.org/10.1177/1359105317740737>
- Smith, S., Chizen, D., & Agrawal, A. (2015). Coping with cancer examining the supports available to women with gynecologic cancer at Saskatoon Cancer Center. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(1), 174-179. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000322>
- Torreçilla, M., Casari, L., & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(3), 1-16.
- Tuncay, T. (2014). Coping and quality of life in Turkish women living with ovarian cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(9), 4005-4012. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.9.4005>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Wild, C., Stewart, B., & Weiderpass, E. (2020). *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*. En C. P. Wild, B. W. Stewart, & E. Weiderpass (Eds.), WHO Press. <http://publications.iarc.fr/586>.
- World Medical Association. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *World Medical Association, Inc.* <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>