

**Relación entre el Apoyo Social, los Estilos de Afrontamiento y el
Locus de Control con la Calidad de Vida en pacientes con cáncer**

*Relationship between Social Support, Coping Styles and Locus of Control with
Quality of Life in Cancer Patients*



Realizado por:

Alba Fúnez Vílchez

Tutor:

Iván de los Reyes Ruíz Rodríguez

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

Resumen

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo conocer la relación entre la satisfacción del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el locus de control con la calidad de vida en pacientes con cáncer. **Método:** a través de un cuestionario se recoge información referente a variables sociodemográficas, de salud, de apoyo social, estilos de afrontamiento y locus de control de 107 pacientes con cáncer con una media de edad de 53,88 (DT =11,42) siendo el 84,1% mujeres y el 15,9% hombres. **Resultados:** ser mujer y encontrarse en fase de tratamiento predice una peor calidad de vida. El apoyo social se relaciona con una mayor calidad de vida y predicen menores síntomas y mayor funcionamiento cognitivo y de actividades cotidianas. La resignación y la evitación se relacionan negativamente con la calidad de vida y un locus de control interno predice un mayor funcionamiento emocional. **Conclusión:** una satisfacción con el apoyo social recibido y una reestructuración de los estilos de afrontamiento mejoran el proceso de enfermedad y por tanto, mejora la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: apoyo social, estilos de afrontamiento, locus de control, calidad de vida, cáncer.

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the relationship between satisfaction with social support, coping strategies and locus of control with quality of life in cancer patients. **Method:** a questionnaire was used to collect information on sociodemographic variables, health, social support, coping styles and locus of control from 107 cancer patients with a mean age of 53.88 (SD =11.42), 84.1% of whom were women and 15.9% men. **Results:** being female and being in the treatment phase predicts a worse quality of life. Social support is related to higher quality of life and predicts lower symptoms and higher cognitive functioning and activities of daily living. Resignation and avoidance are negatively related to quality of life and an internal locus of control predicts higher emotional functioning. **Conclusion:** Satisfaction with the social support received and a restructuring of coping styles improve the disease process and thus improve the patient's quality of life.

Key words: social support, coping styles, locus of control, quality of life, cancer.

Índice

1. Introducción	4
1.1. Calidad de vida	7
1.2. Apoyo Social.....	7
1.3. Estilos de Afrontamiento	8
1.4. Locus de Control.....	10
1.5. Objetivos e hipótesis	10
2. Método	11
2.1. Participantes	11
2.2. Diseño	11
2.3. Instrumentos de evaluación.....	13
2.4. Procedimiento	15
2.5. Análisis de datos	15
3. Resultados.....	16
3.1. Diferencias de medias	18
3.2. Relación de la satisfacción con el apoyo social, los estilos de afrontamiento y el locus de control con la calidad de vida.....	21
3.3. Modelos de regresión lineal	23
4. Discusión y conclusión	27
4.1. Limitaciones del estudio	29
4.2. Implicaciones clínicas y prácticas.....	29
5. Referencias bibliográficas.....	30

1. Introducción

Según los últimos datos aportados en el presente año 2024 se estima que los nuevos casos diagnosticados a nivel mundial han ascendido a 20 millones en el año 2022 (World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2024). Supone un aumento en base a las últimas estimaciones para el año 2020 (18,1 millones de nuevos casos), con lo que se prevé que esta cifra siga aumentando en las próximas décadas hasta llegar a 35 millones para el año 2050.

Si situamos estos datos en España y de nuevo para este año 2024, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) prevé que los nuevos casos diagnosticados de cáncer asciendan a 286.664, cifra ligeramente superior a la estimada para el año pasado 2023 datada en 279.260. Además, el cáncer se sitúa como una de las principales causas de mortalidad en nuestro país (SEOM, 2024). No obstante, pese a encontrarse como una de las principales causas de defunción, esta circunstancia está sufriendo una disminución considerable desde la última década del siglo pasado, con lo que los datos auguran una mayor supervivencia en los próximos años debido al cambio y mejora de los hábitos de los pacientes acompañado de un aumento de la detección precoz de esta enfermedad (Sung et al., 2021).

Este aumento en la supervivencia supone una mayor exposición a eventos estresantes y traumáticos en la vida de los pacientes a causa de la cronicidad de la enfermedad y al impacto que se produce en todos los ámbitos de la vida del paciente como son el ámbito social, familiar, educativo y laboral. Por todo ello, el cáncer produce importantes consecuencias negativas en la calidad de vida de los pacientes y en su salud mental (Ruiz-Rodríguez et al., 2021; Heß et al., 2022).

Dicha situación ha sido altamente estudiada por diversos autores con el objetivo de explicar la importancia que tienen los contextos en las personas. Uno de los modelos avalados por la investigación de la psicología social y de la salud es el Modelo ecológico del Desarrollo Humano propuesto por Bronfenbrenner (1979) en el cual se enmarca nuestra investigación. Desde este modelo se explica la influencia que recibe una persona de todos los contextos, más o menos cercanos y directos a él y como a su vez estos sistemas son influenciados por la persona. En el marco del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano encontramos los siguientes sistemas en los que se encuentran inmersos los pacientes oncológicos (Torrico et al., 2002):

- **Microsistema:** se trata del sistema más inmediato a la persona, donde se encuentran las relaciones interpersonales que establece con la familia, los amigos más cercanos y los compañeros de trabajo, entre otros. En el caso de los pacientes con cáncer, se añaden nuevos contextos y personas con los que el paciente interactúa como pueden ser las asociaciones que le prestan ayuda, los profesionales sanitarios que le atienden u otros pacientes con los que se relaciona durante el tratamiento. Esta cercanía de los microsistemas con los pacientes puede suponer una influencia positiva. Sin embargo, también puede conllevar un impacto negativo si su entorno más cercano tiene una visión pesimista o negativa sobre el transcurso de la enfermedad y sus consecuencias (Torrico, 1995).
- **Mesosistema:** hace referencia a la relación e interacción que establecen los entornos inmediatos de la persona (o microsistemas) entre ellos. Trasladando esta descripción a los pacientes con cáncer resulta muy importante la interacción y comunicación que se establece entre el equipo médico y las asociaciones con la familia del paciente. Esto posibilita a la familia situarse en la realidad de la enfermedad, tras la información transmitida por los profesionales sanitarios, y así poder atender a todas las necesidades del paciente, permitiendo que estén en congruencia con las recomendaciones del equipo médico. Del mismo modo estos microsistemas proporcionarán apoyo social a la familia durante el inicio y transcurso de la enfermedad y, por tanto, mejorará el apoyo social que la familia pueda brindar al paciente (Koop, 1994).
- **Exosistema:** este sistema tiene en cuenta todas aquellas estructuras sociales que, sin contar con la participación activa de la persona, le influyen de forma indirecta. Esto se observa en los pacientes con cáncer en la actitud y expectativas que tienen las personas que le rodean sobre la enfermedad, en base a sus experiencias previas, como el haber tenido alguna persona en su red que haya pasado por la enfermedad.
- **Macrosistema:** es el nivel más alejado a la persona pero que igualmente influye en ella. Engloba todos los valores culturales y creencias que constituyen la sociedad y el entorno en el que se encuentra. Este sistema depende en gran medida de la realidad socio-cultural en la que se desarrolle la persona. Para los pacientes con cáncer este macrosistema tiene gran influencia sobre ellos ya que en él podemos observar: las actitudes de la sociedad ante la enfermedad, la posición política e ideológica del país/comunidad autónoma que

determina los recursos que se destinan a la investigación y tratamiento del cáncer o el uso de la información que hacen los medios de comunicación sobre el cáncer y sus consecuencias.

- **Cronosistema:** se trata del sistema en el que se incluye el paso del tiempo y que tiene influencia en todo el ciclo vital, de ahí su forma lineal que se extiende por todos los sistemas antes mencionados. En pacientes oncológicos encontramos la duración del tratamiento y los cambios entre los distintos tipos de fase que se producen durante todo el transcurso del proceso médico, desde el mismo diagnóstico inicial, al posterior tratamiento y fase de revisión.

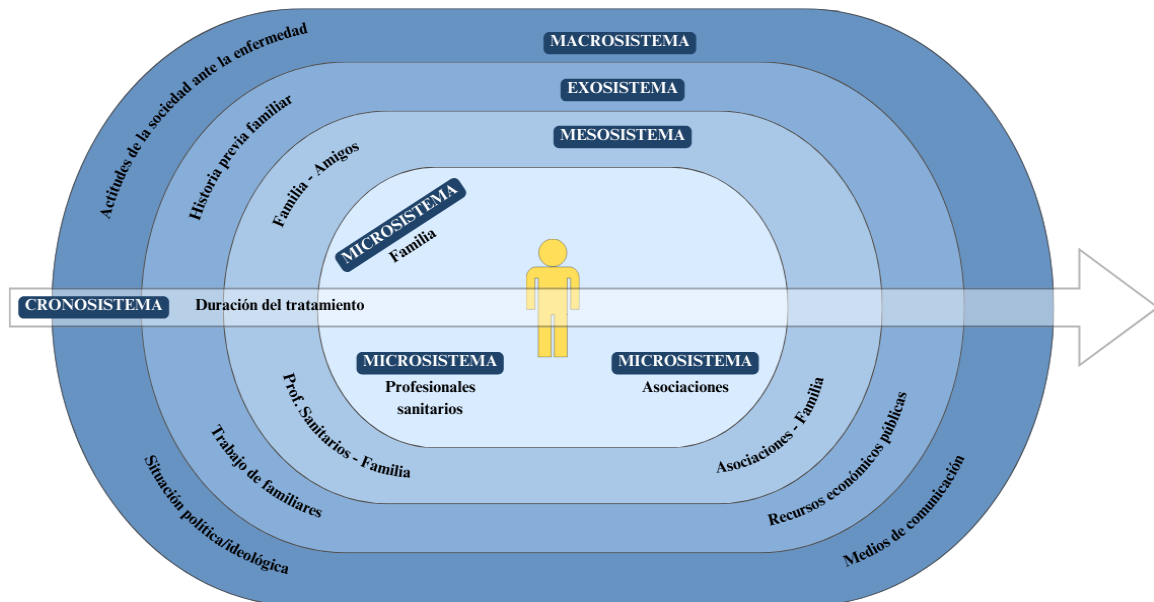


Figura 1. Adaptado de Hombrados-Mendieta (2014)

Es imprescindible atender a todas estas relaciones y contextos para así comprender de manera integral la situación en la que se encuentra una persona con cáncer y adaptar la intervención a sus circunstancias individuales. Del mismo modo, actuar en base a sus circunstancias personales nos permitirá conocer los recursos personales y las redes de apoyo con las que cuenta y, por consiguiente, la repercusión que tiene en la calidad de vida (Cella, 1995).

1.1. Calidad de vida

La calidad de vida se puede definir como el estado de bienestar descrito por el paciente resultante de la combinación de factores de salud física, social y emocional. Se trata de un concepto multidimensional y subjetivo que se ve alterado por el tratamiento oncológico y el transcurso de la enfermedad que padece la persona (Cella, 1994; Lewandowska et al., 2020). En la actualidad, existe un consenso entre los profesionales de la salud en comprender que la calidad de vida va a depender de las expectativas y percepciones que tenga el paciente sobre la enfermedad y los recursos con los que cuenta para afrontarla (Fitch et al., 2021). Se trata de la percepción que tengan sobre su situación actual en comparación de la que creen que es la ideal (Singh, 2010).

Se han llevado a cabo diversas investigaciones con el fin de conocer cómo se relacionan variables psicosociales y variables relacionadas con el proceso oncológico con la calidad de vida. En un estudio realizado por Llave y Hoyt (2022) se observa mayor vulnerabilidad en las personas solteras en relación al apoyo social percibido y el impacto negativo que tiene esto en su calidad de vida por no contar con la fuente de apoyo de la pareja. En cuanto a los tratamientos oncológicos se muestra en los pacientes con alguna variedad de cáncer de cabeza y cuello un mayor deterioro en la calidad de vida conforme avanzaba la enfermedad en comparación con el inicio de la enfermedad (Parkar et al., 2022). Los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico obtuvieron peores puntuaciones en las escalas referidas a aspectos sociales, lo que resalta la importancia y la relación de aspectos del contexto social en la calidad de vida.

1.2. Apoyo Social

El apoyo social hace referencia a las interacciones dinámicas de ayuda entre la persona y sus redes sociales más cercanas en las que se incluyen aspectos cognitivos, conductuales y afectivos (Lin et al., 1986). En la investigación se ha diferenciado entre frecuencia de apoyo social y satisfacción con el apoyo social recibido (Haber et al., 2007). La frecuencia de apoyo social recibido hace referencia al número de conductas de apoyo que obtiene una persona de su entorno o redes más cercanas. Por otro lado, la satisfacción con el apoyo social se define como el nivel de satisfacción que tiene la persona con el apoyo que le brindan y la disponibilidad de estas personas cuando lo necesitan. Es este último tipo el que mayor implicación tiene en el estado de salud general de las personas, y en concreto, de los pacientes con cáncer. Se observa entonces que una alta satisfacción con el apoyo social recibido es una herramienta muy eficaz en el afrontamiento

de la enfermedad y en la actitud positiva durante el tratamiento y en las etapas de revisión de esta (Lu et al., 2023). Una de las clasificaciones más aceptadas en la investigación diferencia entre los distintos tipos de apoyo social, es decir, apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo instrumental (Gottlieb y Bergen, 2010). El apoyo emocional se refiere a la percepción que tiene el paciente sobre sentirse querido y valorado por su entorno, permitiéndole crear un espacio seguro donde poder expresar las preocupaciones y emociones que le surgen durante el proceso oncológico. El apoyo informativo hace referencia a los consejos que le proporciona su entorno y la información que le brinda para resolver distintas dificultades que van surgiendo durante el tratamiento. El apoyo instrumental, en cambio, se trata de los medios y recursos que le brindan las personas más cercanas al paciente como puede ser el acompañamiento a las citas médicas o la gestión de trámites administrativos durante el tratamiento. Los estudios sobre la relación entre el apoyo social y la calidad de vida muestran que las mujeres sienten mayor preocupación y culpabilidad por los cuidados del hogar a consecuencia del tratamiento oncológico (González et al., 2014). Esto se debe a la carga que han tenido hasta el momento en estas tareas y que supone una transformación de los roles del hogar con el fin de implicar a otros miembros de la familia. Esto se traduce en una mayor necesidad de apoyo instrumental por parte de la familia nuclear para adaptarse a las nuevas circunstancias y reducir la responsabilidad puesta hasta el momento en la mujer.

Un concepto que se ha relacionado en la investigación con el apoyo social son los estilos de afrontamiento usados por los pacientes oncológicos durante el transcurso de la enfermedad. Se ha observado que existe una relación entre los pacientes que no expresan sus necesidades de apoyo a su entorno con el uso de estrategias basadas en la evitación, con lo que tienden a solucionar y afrontar los problemas emocionales ellos mismos y a evitar y minimizar las situaciones desagradables y negativas que están viviendo. Del mismo modo, se relacionan las conductas basadas en un estilo de afrontamiento seguro con la demanda de apoyo emocional e instrumental de su entorno (Karbowa-Płowens, 2023).

1.3. Estilos de Afrontamiento

Este concepto fue desarrollado por Lazarus y Folkman (1984) para referirse a las estrategias o medios que utiliza una persona para enfrentarse a las demandas del ambiente o de sí mismo. Existen diferentes formas para categorizar los estilos de afrontamiento, aunque una de las

primeras clasificaciones las clasificaba en dos tipos: estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción (Font y Cardoso, 2009). La primera de ellas tiene como objetivo modificar los elementos de la situación de estrés buscando recursos externos que intervengan (búsqueda de apoyo social, planificación de las acciones...). Por otro lado, las estrategias enfocadas en la emoción tienen como principal mediador las disposiciones internas para enfrentarse al problema y con ello reducir el impacto emocional que tiene la situación (estrategias de evitación, autocontrol, reevaluación...). Estas estrategias intervienen en las consecuencias que tiene una situación estresante en la vida de una persona como sucede en los procesos de enfermedad tales como el cáncer. Feifel (1987a) investigó la relación entre tres estrategias de afrontamiento y el impacto psicológico durante un proceso de enfermedad crónica o con pronóstico negativo. Observó que las estrategias como la evitación y la resignación (pasivas) se relacionaban negativamente con la eficacia en el afrontamiento de la enfermedad. Una reestructuración de los estilos de afrontamiento durante el tratamiento de la enfermedad, así como en la fase de revisión, con el objetivo de que predominen las estrategias centradas en el problema se relaciona con una reducción de las consecuencias negativas, como pueden ser el desarrollo de ansiedad o el malestar generado y con ello producir una mejora en la calidad de vida del paciente (Vargas-Román et al., 2022). En otros estudios con pacientes diagnosticados de cáncer de mama, próstata, colorrectal y ginecológico se ha observado que el uso de estrategias basadas en la aceptación, como forma de afrontamiento de la enfermedad, se relaciona positivamente con el bienestar de estos pacientes por mediar el impacto a corto plazo de la enfermedad (Lashbrook et al., 2018; Yeh et al., 2023).

En la investigación una variable que se relaciona con los estilos de afrontamiento, y su influencia en la calidad de vida, es el locus de control. El uso de estrategias basadas en el problema y el locus de control interno se relaciona con una mayor calidad de vida. Estos pacientes se perciben con la capacidad para afrontar la enfermedad y así amortiguar los efectos negativos del cáncer mediante la búsqueda de alternativas y resolución de problemas. En contraposición, los estilos de afrontamiento centrados en las emociones y con un uso de estrategias de evitación, se relaciona negativamente con la calidad de vida (Mohammadipour y Pidad, 2021).

1.4. *Locus de Control*

Se denomina locus de control (LOC) a aquellas expectativas que tienen las personas sobre sus conductas y las consecuencias que estas puedan generar. Dicho de otro modo, se trata de la percepción que tienen sobre el control que ejercen con sus conductas en las situaciones que éstas desencadenan. Este término fue desarrollado por Rotter (1966) formando parte de su Teoría sobre Aprendizaje Social en la que concluyó que las personas se pueden categorizar según si tienen un locus de control *interno* o *externo*. El primero de ellos, el LOC interno, hace referencia a las personas que sienten que son los principales responsables de lo que le ocurre en su vida actuando de forma proactiva basándose en el desarrollo de su potencial. Por otro lado, el LOC externo trasladan esta responsabilidad sobre lo que les ocurre a agentes externos adoptando una actitud pasiva sobre las consecuencias de los eventos en lo que se desenvuelven. Por tanto, y como se ha comentado anteriormente, el LOC interno se trata de una variable positiva y predictora en el afrontamiento de situaciones estresantes permitiéndoles buscar alternativas que impacten de forma más positiva en su salud, como sucede en el proceso oncológico (Berglund y Westerling, 2014)

Del mismo modo, diversas investigaciones estudian la relación existente entre la orientación locus de control de los pacientes con cáncer con la percepción de autoeficacia y el impacto en su calidad de vida. Según un estudio en mujeres con cáncer de ovario unos mayores niveles de autoeficacia se relacionan positivamente con un LOC interno basándose en estrategias centradas en el problema a través de la búsqueda de apoyo social, teniendo efectos positivos en la calidad de vida del paciente (Skwirczyńska et al., 2023). En contraposición, las mujeres que tenían niveles bajos de autoeficacia obtuvieron también altas puntuaciones en el uso de estrategias basadas en la culpa o la angustia (centrada en la emoción) lo que trasladaba la responsabilidad de las consecuencias del cáncer al azar y, por ende, su calidad de vida se veía afectada negativamente

1.5. *Objetivos e hipótesis*

El objetivo del presente estudio es conocer la relación existente entre la satisfacción con el apoyo social, los estilos de afrontamiento y el locus de control con la calidad de vida de pacientes con cáncer. Se ha llevado a cabo un análisis multidimensional del apoyo social diferenciando entre tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) y fuente de apoyo (familia, amigos, pareja y personal sanitario)

En cuanto a bibliografía existente, las investigaciones centradas en conocer la influencia del locus del control y de los estilos de afrontamiento en la calidad de vida de pacientes oncológicos no son abundantes, lo que resalta la importancia de analizar la relación entre estas variables en esta población. Por todo ello se establecen las siguientes hipótesis.

Hipótesis:

1. Un estilo de afrontamiento pasivo se relaciona con una menor calidad de vida.
2. El locus de control interno en los pacientes con cáncer y el apoyo social se relaciona positivamente con la calidad de vida.
3. Los pacientes que se encuentran en tratamiento actualmente perciben una menor calidad de vida frente a los que se encuentran en fase de revisión o alta médica.

2. Método

2.1. Participantes

La muestra está compuesta por 107 pacientes con cáncer. En la Tabla 1 se muestran los valores para las variables sociodemográficas de esta. El 84,1% son mujeres y 15,9% son hombres con edades comprendidas entre los 22 y los 77 años, siendo la media de edad de 53,85 (DT=11,42). Los datos referentes a variables relacionadas con la enfermedad se muestran en la Tabla 2. Respecto a la fase del proceso médico en la que se encuentran los pacientes, el 31,8% se encuentra en tratamiento y el 68,2% restante en revisión o alta médica. Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron: ser mayor de 18 años y encontrarse en tratamiento o en revisión/alta médica por haber sido diagnosticado/a de algún tipo de cáncer.

2.2. Diseño

Se trata de un estudio transversal correlacional a través de cuestionarios de tipo autoinforme.

Tabla 1. Variables sociodemográficas (N=107)

Edad	53,85 (11,42) ^a
Sexo	% (N)
Femenino	84,1 (90)
Masculino	15,9 (17)
Estado Civil	
Soltero/a	11,2 (12)
Casado/a	60,7 (65)
Divorciado/a	8,4 (9)
Separado/a	1,9 (2)
Viudo/a	4,7 (5)
En una relación	13,1 (14)
Nivel de estudios	
Universitarios o superiores terminados	44,9 (48)
Bachillerato o ciclo profesional terminado	27,1 (29)
Solo enseñanza obligatoria (antes EGB) terminada	27,1 (29)
Sin ninguno de los estudios anteriores	0,9 (1)
Situación Laboral	
Estudiante	1,9 (2)
Desempleado/a	15,0 (16)
En activo, por cuenta ajena	16,8 (18)
En activo por cuenta propia	4,7 (5)
Jubilado/a	24,3 (26)
Funcionario/a	7,5 (8)
Tareas domésticas exclusivamente	4,7 (5)
Baja por enfermedad	25,2 (27)
Lugar de Residencia	
Alicante	3,7 (4)
Badajoz	13,1 (14)
Cáceres	8,4 (9)
Ciudad Real	6,5 (7)
Madrid	6,5 (7)
Málaga	42,1 (45)
Santa Cruz de Tenerife	3,7 (4)
Sevilla	3,7 (4)
Otros	10,2 (13)

Nota: ^aMedia (Desviación Típica)

Tabla 2. Variables de salud (N=107)

	% (N)
Tipo de cáncer	
Mamas	56,1 (60)
Linfoma de Hodgkin	8,4 (9)
Linfoma No Hodgkin	4,7 (5)
Laringe	9,3 (10)
Leucemia	7,5 (8)
Mieloma	2,8 (3)
Otros	11 (12)
Fase del proceso médico	
En tratamiento	31,8 (34)
En revisión/en alta médica	68,2 (73)
Tiempo desde el diagnóstico	68,67 (75,59) ^a
Tratamiento actual	
Radioterapia	
No	94,4 (101)
Sí	5,6 (6)
Quimioterapia	
No	86,9 (93)
Sí	13,1 (14)
Hormonoterapia	
No	79,4 (85)
Sí	20,6 (22)
Inmunoterapia	
No	85,0 (91)
Sí	15,0 (16)
Ninguno	
No	52,3 (56)
Sí	47,7 (51)
Recidiva	
No	75,7 (81)
Sí	24,3 (26)

Nota: ^a Media (Desviación Típica)

2.3. Instrumentos de evaluación

Calidad de vida: Cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación (EORTC QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993). Se ha utilizado versión adaptada a la población española de Arrarás et al. (1995). Este instrumento está formado por un total de 30 ítems con formato de respuesta tipo Likert, contando los 28 primeros ítems con una puntuación que oscila entre 1-4, donde 1 corresponde a “En absoluto” y 4 a “Mucho” y los dos últimos ítems con una puntuación entre 1-7, siendo 1 “Pésima” y 7 “Excelente”. El cuestionario proporciona como resultado una escala que evalúa el estado global de salud; 5 escalas funcionales: funcionamiento

físico (p. ej.: *¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?*), realización de actividades cotidianas (p. ej.: *¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?*), funcionamiento emocional (p.ej.: *¿Se sintió preocupado/a?*), funcionamiento cognitivo (p. ej.: *¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?*) y funcionamiento social (p.ej.: *¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?*); y 9 escalas/ítems de síntomas: fatiga (p.ej.: *¿Se ha sentido débil?*), dolor (p.ej.: *¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?*), náuseas/vómitos (p. ej.: *¿Ha tenido náuseas?*), disnea (*¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?*), insomnio (*¿Ha tenido dificultades para dormir?*), pérdida de apetito (*¿Le ha faltado el apetito?*), estreñimiento (*¿Ha estado estreñado/a?*), diarrea (*¿Ha tenido diarrea?*) e impacto económico (*¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?*). En nuestro estudio la escala muestra una fiabilidad alfa de Cronbach $\alpha = .92$.

Apoyo Social: Cuestionario de frecuencia y satisfacción con el apoyo social (QFSSS) (García-Martín et al., 2016). Este cuestionario evalúa tanto la frecuencia como la satisfacción, desde un enfoque multidimensional, del apoyo social recibido. Para el presente estudio se han utilizado los ítems que evalúan la satisfacción con el apoyo emocional, informacional e instrumental proporcionado por la familia, los amigos, la pareja y el personal sanitario. Lo forman 12 ítems en total contando cada fuente de apoyo con 3 ítems que evalúan el apoyo emocional (*Le dan cariño, afecto o le escuchan cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos*), instrumental (*Le prestan ayuda directa para sus cuidados, acompañarlo en las visitas al médico, acompañarle a dar paseos o hacer ejercicio físico, etc.*) e informacional (*Le proporcionan información y consejos útiles para resolver sus dudas*). Estos ítems tienen un formato de respuesta tipo Likert que oscila entre 1-5, siendo 1 “*Insatisfecho*” y 5 “*Muy satisfecho*”. En nuestro estudio la escala muestra una fiabilidad alfa de Cronbach $\alpha = .92$.

Estilos de Afrontamiento: Cuestionario médico de estrategias de afrontamiento (MCMQ) (Feifel et al., 1987b). Este cuestionario evalúa aspectos psicológicos y conductuales relacionados con los estilos de afrontamientos puestos en marcha durante el proceso de la enfermedad. Está formado por 19 ítems con una escala de respuesta tipo Likert entre 1-4, dónde 1 es “*Nunca/Nada*” y 4 “*Siempre/Mucho*”. Como resultado proporciona tres estrategias de afrontamiento:

Confrontación (C) (p.ej.: *¿Con qué frecuencia intenta hablar sobre su enfermedad con familiares o seres queridos?*), Evitación (E) (p.ej.: *Al conversar sobre su enfermedad, ¿con qué frecuencia se encuentra pensando en otras cosas?*) y Aceptación/Resignación (AR) (p.ej.: *¿Con qué frecuencia siente que realmente no hay esperanzas para su recuperación?*). En nuestro estudio la escala muestra una fiabilidad alfa de Cronbach $\alpha = .75$.

Locus de Control: Escala Multidimensional de locus de control de la salud (MHLC) (Wallston et al., 1978) adaptado por Tomás-Sábado y Montes-Hidalgo (2016). Esta escala evalúa las creencias de las personas sobre la relación de causalidad existente entre las consecuencias en la salud con las conductas que ha llevado a cabo el paciente. Está formado por 18 ítems de escala de respuesta tipo Likert, con puntuaciones que oscilan entre 1-6, donde 1 es “*Completamente en desacuerdo*” y 6 “*Completamente de acuerdo*” que forman parte de 3 factores, según la percepción del origen de la causa: internalidad (p.ej.: *Mi salud depende, básicamente, de lo que yo haga*), azar/suerte (p.ej.: *La mayoría de las cosas que afectan a mi salud suceden por accidente*) o por la acción de otras personas (p.ej.: *Siempre que me encuentro mal, debería consultar con un médico*). Estos dos últimos factores atienden a la creencia de factores externos. En nuestro estudio la escala muestra una fiabilidad alfa de Cronbach $\alpha = .72$.

2.4. Procedimiento

Para llevar a cabo la recogida de datos se contactó con asociaciones de ámbito nacional que brindan apoyo y ayuda a pacientes con cáncer. Se le informaron del objetivo del estudio, la metodología a seguir, así como del carácter voluntario y anónimo de aquellos pacientes que deseen participar. Para recoger las respuestas se utilizó un cuestionario elaborado en la plataforma Google Forms donde se volvía a detallar toda esta información previa a la cumplimentación del cuestionario mediante un documento de consentimiento informado. Se obtuvo la participación de pacientes oncológicos de 17 provincias españolas.

2.5. Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo con la herramienta IBM SPSS versión 28.0. Para el análisis de las variables sociodemográficas como las de salud se utilizaron estadísticos descriptivos. Para comprobar la relación entre las variables cuantitativas apoyo social, estilos de afrontamiento y locus de control con la calidad de vida, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Por otro lado, se han llevado a cabo las comparaciones de medias de las dimensiones de calidad de vida en función del género, fase y tratamientos a través de la prueba t de Student para dos muestras independientes en cada una de las siguientes variables: sexo (masculino/femenino), fase del proceso médico (en tratamiento/en revisión o alta médica), tratamiento actual de radioterapia (Sí/No), de quimioterapia (Sí/No), de inmunoterapia (Sí/No) y de hormonoterapia (Sí/No).

Las variables que en los análisis de correlación y de diferencias de medias resultaron significativas con alguna dimensión de la calidad de vida, fueron utilizadas en el análisis de regresión lineal múltiple como variables independientes. En estos análisis las variables dependientes fueron cada una de las escalas de la calidad de vida.

3. Resultados

En la Tabla 3 se muestran las medias y las desviaciones típicas obtenidas en los cuestionarios y escalas para el total de la muestra. Se observan puntuaciones altas en las escalas funcionales siendo más baja en la escala de funcionamiento social. Del mismo modo se observa una puntuación media-alta en el estado global de salud. En cuanto a las escalas de síntomas éstas muestran puntuaciones medias-bajas, siendo las más altas las escalas de Insomnio, Fatiga y Dolor. En relación con el cuestionario de satisfacción con el apoyo social, se muestran puntuaciones altas en general. En las escalas de estrategias de afrontamiento las puntuaciones resultan medias-bajas, destacando las puntuaciones bajas obtenidas en la escala de Aceptación/resignación. Por último, en la escala de locus de control se muestran puntuaciones medias, siendo la más baja en la escala de Azar/suerte.

Tabla 3. Media y Desviaciones Típicas de los cuestionarios

EORT QLQ-C30	Media (Desviación Típica)
Estado Global de Salud	60,51 (23,46)
Escalas Funcionales	
Funcionamiento físico	77,63 (21,51)
Actividades cotidianas	66,35 (36,62)
De rol emocional	55,21 (31,54)
Funcionamiento cognitivo	61,68 (31,49)
Funcionamiento social	49,06 (36,61)
Escalas síntomas	
Fatiga	50,57 (31,10)
Náuseas y vómitos	12,61 (24,74)
Dolor	45,95 (36,11)
Disnea	32,39 (36,47)
Insomnio	57,00 (36,34)
Pérdida de apetito	27,72 (37,61)
Estreñimiento	27,41 (34,20)
Diarrea	14,64 (29,38)
Dificultades económicas	37,69 (38,33)
CUESTIONARIO DE FRECUENCIA Y SATISFACCIÓN CON EL APOYO SOCIAL (QFSSS)	
Satisfacción Apoyo Emocional Familia	4,22 (1,10)
Satisfacción Apoyo Instrumental Familia	4,14 (1,26)
Satisfacción Apoyo Informativa Familia	3,81 (1,25)
Satisfacción Apoyo Emocional Pareja	4,19 (1,21)
Satisfacción Apoyo Instrumental Pareja	4,20 (1,17)
Satisfacción Apoyo Informativa Pareja	3,86 (1,33)
Satisfacción Apoyo Emocional Amigos	4,12 (1,00)
Satisfacción Apoyo Instrumental Amigos	3,54 (1,28)
Satisfacción Apoyo Informativa Amigos	3,37 (1,33)
Satisfacción Apoyo Emocional P. Sanitario	3,86 (1,19)
Satisfacción Apoyo Instrumental P. Sanitario	3,89 (1,20)
Satisfacción Apoyo Informativa P. Sanitario	3,92 (1,18)
CUESTIONARIO MÉDICO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (MCMQ)	
Confrontación	2,98 (,51)
Evitación	2,21 (,60)
Aceptación/Resignación	1,73 (,71)
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD (MHLC)	
Internalidad	20,28 (5,76)
Azar/Suerte	14,51 (5,58)
Otras personas relevantes	21,75 (5,14)

3.1. Diferencias de medias

Las diferencias de medias de las escalas estado global de salud y escalas funcionales en relación al sexo del paciente, fase del tratamiento y tipo de tratamiento actual se muestran en la Tabla 4. Las diferencias de medias de las escalas/ítems de síntomas en relación al sexo del paciente, fase del tratamiento y tipo de tratamiento actual se muestran en la Tabla 5.

Se observan diferencias estadísticamente significativas. Según estos resultados, las mujeres perciben un menor estado global de salud y mayor insomnio. En cuanto a la fase de tratamiento se observa que los pacientes que se encuentran en tratamiento actualmente tienen un menor estado global de salud, una menor puntuación en todas las áreas de funcionamiento y mayores síntomas como fatiga, dolor, insomnio y pérdida de apetito, además de mayores dificultades económicas que los pacientes que se encuentran en revisión. En relación con el tipo de tratamiento que reciben actualmente, los que están recibiendo quimioterapia tienen un peor estado global de salud y una menor puntuación en el funcionamiento de actividades cotidianas y funcionamiento social. Del mismo modo, los pacientes que están recibiendo inmunoterapia tienen un peor funcionamiento emocional que los pacientes que no reciben este tipo de tratamiento. En cuanto a las escalas de síntomas se muestran mayores síntomas de insomnio y problemas gastrointestinales en los pacientes que se encuentran en radioterapia y mayor fatiga en pacientes con tratamiento de inmunoterapia.

Tabla 4. Prueba t de Student para las diferencias de medias del estado global de salud, las escalas funcionales según el sexo, la fase del tratamiento y el tipo de tratamiento actual

	Estado Global de salud		Funcionamiento Físico		Actividades cotidianas		De rol emocional		Funcionamiento Cognitivo		Funcionamiento Social	
	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t
Sexo												
Masculino	69,11 (29,28)	1,662*	78,82 (30,38)	,248	70,58 (38,87)	,518	63,23 (34,99)	1,144	65,68 (27,93)	,570	58,82 (37,78)	1,201
Femenino	58,88 (22,02)		77,40 (19,62)		65,55 (36,36)		53,70 (30,83)		60,92 (32,20)		47,22 (36,31)	
Fase Tratamiento												
En Tratamiento	45,58 (25,06)	-4,966**	65,49 (24,09)	-3,850**	41,17 (35,35)	-5,476**	43,62 (28,87)	-2,669**	50,00 (33,58)	-2,695**	33,33 (32,82)	-3,159**
En revisión	67,46 (19,20)		83,28 (17,71)		78,08 (31,04)		60,61 (31,46)		67,12 (29,12)		56,39 (36,17)	
Radioterapia												
No	60,06 (23,81)	-,809	77,29 (21,89)	-,666	65,67 (36,97)	-,785	55,03 (32,06)	-,333	62,37 (30,88)	,935	47,85 (36,48)	-1,410
Sí	68,05 (16,17)		83,33 (13,82)		77,77 (32,77)		58,33 (22,97)		50,00 (42,16)		69,44 (35,61)	
Quimioterapia												
No	62,45 (22,20)	2,247*	78,92 (19,86)	1,198	70,07 (35,48)	2,790**	56,09 (31,47)	,738	62,00 (31,50)	,274	51,61 (36,78)	2,097*
Sí	47,61 (28,19)		69,04 (29,88)		41,66 (35,65)		49,40 (32,59)		59,52 (32,49)		32,14 (31,66)	
Inmunoterapia												
No	61,72 (23,56)	1,273	78,31 (22,12)	,781	67,94 (36,53)	1,074	57,41 (31,51)	1,736*	63,00 (30,81)	1,036	50,91 (36,79)	1,250
Sí	53,64 (22,35)		73,75 (17,80)		57,29 (37,00)		42,70 (29,63)		54,16 (35,22)		38,54 (34,81)	
Hormonoterapia												
No	59,80 (23,78)	-,613	76,47 (23,08)	-1,488	64,70 (37,39)	-,915	54,31 (32,34)	-,581	62,15 (31,11)	,305	49,80 (36,77)	,408
Sí	63,25 (22,51)		82,12 (13,39)		72,72 (33,54)		58,71 (28,69)		59,84 (33,59)		46,21 (36,70)	

Nota: *p < .05; ** p < .01

Tabla 5. Prueba t de Student para las diferencias de medias de las escalas de síntomas según el sexo, la fase del tratamiento y el tipo de tratamiento actual.

	Fatiga		Náuseas y vómitos		Dolor		Disnea		Insomnio		Pérdida de apetito		Estreñimiento		Diarrea		Dificultades económicas	
	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t
Sexo																		
Masculino	45,09 (40,91)	-627	21,56 (34,24)	1,233	38,23 (37,15)	-960	35,29 (41,61)	,355	35,29 (39,91)	-2,769**	27,45 (37,70)	-033	27,45 (37,70)	,005	25,49 (40,01)	1,276	31,37 (34,29)	-740
Femenino	51,60 (29,05)		10,92 (22,36)		47,40 (35,93)		31,85 (35,65)		61,11 (34,34)		27,77 (37,80)		27,40 (33,73)		12,59 (26,71)		38,88 (39,10)	
Fase Tratamiento																		
En Tratamiento	64,37 (30,79)	3,275**	16,66 (22,84)	1,157	58,33 (34,14)	2,479**	49,01 (39,55)	3,135**	69,60 (37,03)	2,507**	41,17 (37,65)	2,592**	31,37 (35,71)	,816	1,66 (32,04)	,485	50,98 (35,04)	2,507**
En revisión	44,14 (29,27)		10,73 (25,51)		40,18 (35,77)		24,65 (32,40)		51,14 (34,7)		21,46 (36,16)		25,57 (33,57)		13,69 (28,23)		31,50 (38,44)	
Radioterapia																		
No	51,04 (31,27)	,645	13,03 (25,23)	,718	45,37 (36,37)	-669	33,00 (36,96)	,702	55,44 (36,29)	-1,847**	26,40 (36,91)	-1,502	28,05 (34,55)	,791	15,51 (30,02)	5,192**	37,86 (3,76)	-1,177
Sí	42,59 (29,32)		5,55 (13,60)		55,55 (32,77)		22,22 (27,21)		83,33 (27,88)		50,00 (45,94)		16,66 (27,88)		,00 (00)		55,55 (45,54)	
Quimioterapia																		
No	49,82 (29,78)	-519	11,82 (24,76)	-849	46,05 (36,14)	,079	30,82 (35,17)	-1,153	56,27 (35,77)	-539	26,52 (38,92)	-851	27,92 (34,85)	,421	14,33 (29,24)	-275	37,27 (39,57)	-358
Sí	55,55 (39,70)		17,85 (24,86)		45,23 (37,22)		42,85 (44,19)		61,90 (41,04)		35,71 (35,72)		23,80 (30,46)		16,66 (31,35)		40,47 (29,75)	
Inmunoterapia																		
No	48,47 (30,83)	-1,678*	12,45 (24,16)	-161	43,95 (36,21)	-1,368	30,76 (36,25)	-1,103	57,14 (35,93)	,090	27,10 (38,13)	-405	25,27 (33,45)	-1,553	13,55 (28,09)	-913	37,36 (38,75)	-213
Sí	62,50 (30,86)		13,54 (28,68)		57,29 (34,40)		41,66 (37,51)		56,25 (39,84)		31,25 (35,42)		39,58 (36,95)		20,83 (36,26)		39,58 (36,95)	
Hormonoterapia																		
No	50,58 (31,40)	,011	13,52 (26,66)	1,022	44,50 (35,29)	-810	32,94 (37,96)	,301	54,50 (36,67)	-1,405	29,41 (38,63)	,911	25,09 (32,08)	-1,383	15,29 (30,23)	,450	38,43 (39,00)	,389
Sí	50,50 (30,61)		9,09 (15,19)		51,51 (39,47)		30,30 (30,70)		66,66 (34,11)		21,21 (33,40)		36,36 (41,03)		12,12 (26,31)		34,84 (36,33)	

Nota: * $p < ,05$; ** $p < ,01$

3.2. *Relación de la satisfacción con el apoyo social, los estilos de afrontamiento y el locus de control con la calidad de vida*

En la Tabla 6 se muestran los coeficientes de correlación entre la satisfacción con el apoyo social y la calidad de vida. Se observa una relación positiva entre el apoyo social recibido por la familia y los amigos y el estado global de salud. Del mismo modo, se relaciona positivamente el apoyo instrumental e informacional de la pareja y el emocional e instrumental dado por el personal sanitario con un mejor estado global de salud. En cuanto a las escalas funcionales, el apoyo social de la familia, el emocional e instrumental de la pareja y amigos y el instrumental del personal sanitario se relaciona positivamente con el funcionamiento cognitivo. En relación a la familia, el apoyo emocional tiene una relación positiva con el desempeño en actividades cotidianas y el funcionamiento social y el apoyo instrumental se relaciona positivamente con el funcionamiento físico y de actividades cotidianas. Por último, el apoyo instrumental de los amigos también se relaciona positivamente con el funcionamiento de rol emocional y social.

En relación con los síntomas, se muestra una relación negativa en todos ellos con el apoyo social. Esto se puede observar en el caso del apoyo social recibido por la familia que se relaciona con menores síntomas de fatiga, dolor, disnea e insomnio. También se muestra una relación negativa entre el apoyo recibido por la pareja, el apoyo emocional e instrumental de amigos y familia, con las dificultades económicas. En relación con el apoyo proporcionado por los amigos se observa que a mayor apoyo de los amigos menor síntoma de disnea, insomnio y fatiga. El apoyo instrumental del personal sanitario se relaciona negativamente con los problemas gastrointestinales.

En la Tabla 7 se muestran los coeficientes de correlación entre las dimensiones de los estilos de afrontamiento y el locus de control con la calidad de vida. Se relacionan negativamente las estrategias de afrontamiento de resignación y evitación con el estado global de salud y con todas las escalas funcionales y positivamente con las escalas de síntomas. La confrontación se relaciona con un menor funcionamiento cognitivo y una mayor pérdida de apetito y dificultades económicas. En cuanto a las dimensiones del locus de control, se muestra una relación positiva entre la internalidad y el rol emocional y negativa entre esta misma dimensión y la fatiga y la disnea. El azar/suerte y otras personas se relacionan de forma positiva con las náuseas/vómitos y la pérdida de apetito y la diarrea, respectivamente.

Tabla 6. Matriz de correlaciones entre la satisfacción con el apoyo social con la calidad de vida

	Familia			Pareja			Amigos			Personal Sanitario		
	Emoc.	Instr.	Inform.	Emoc.	Instr.	Inform.	Emoc.	Instr.	Inform.	Emoc.	Instr.	Inform.
Estado Global de Salud	,258**	,324**	,265**	,158	,229*	,272**	,245**	,292**	,275**	,244*	,172*	,076
Escala Funcionales												
Func. Físico	,081	,186*	,053	-,062	-,025	-,033	,069	,058	-,010	,003	,075	,027
Activ. Cotidianas	,204*	,121*	,108	-,041	,045	,060	,095	,117	-,014	-,001	-,001	-,037
De rol emocional	,145	,098	,065	,097	,094	,048	,081	,170*	,088	,113	,014	,008
Func. Cognitivo	,246**	,216*	,243**	,214*	,211*	,112	,183*	,285**	,146	,125	,185*	,108
Func.Social	,169*	,102	,082	,092	,106	,083	,071	,235**	,065	-,093	-,063	-,081
Escala de Síntomas												
Fatiga	-,230**	-,212*	-,194*	-,058	-,095	-,145	-,151	-,168*	-,083	-,108	-,109	-,056
Náuseas y vómitos	-,111	-,062	-,106	,043	-,059	-,011	,001	-,014	,013	-,013	-,130	-,032
Dolor	-,218*	-,236**	-,208*	-,152	-,159	-,129	-,129	,014	,074	,047	,016	,071
Disnea	-,176*	-,209*	-,162*	-,062	-,186*	-,164	-,280**	-,271**	-,174*	-,133	-,160	-,132
Insomnio	-,165*	-,169*	-,178*	-,031	-,089	-,060	-,165*	-,150	-,093	-,044	-,123	-,053
Pérdida de apetito	,000	-,069	,051	,054	-,001	,020	,018	,024	,105	,103	,050	,075
Estreñimiento	-,015	,034	,033	-,029	-,047	,048	-,006	,024	,008	-,027	-,053	-,019
Diarrea	-,170*	-,098	-,087	-,025	-,063	-,042	,003	-,021	,076	-,098	-,170*	-,131
Dif. Económicas	-,299**	-,253**	-,147	-,241**	-,266**	-,204*	-,177*	-,189*	-,087	-,029	-,099	,014

Nota: * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tabla 7. Matriz de correlaciones entre los estilos de afrontamiento (confrontación, evitación y aceptación/resignación) y el locus de control (internalidad, azar/suerte y otras personas) con la calidad de vida

	Confrontación	Evitación	Acept/ Resignación	Internalidad	Azar/ Suerte	Otras personas
Estado Global de Salud	-,050	-,210*	-,464**	,154	-,103	,009
Escalas Funcionales						
Func. Físico	-,103	-,268**	-,436**	-,047	-,066	-,122
Activ.cotidianas	-,079	-,180*	-,310**	,133	-,012	,041
Rol emocional	-,048	-,353**	-,369**	,194*	-,129	-,031
Func. cognitivo	-,164*	-,232**	-,374**	,160	,000	,108
Func. social	-,122	-,222*	-,260**	,076	-,015	,015
Escalas de síntomas						
Fatiga	,115	,290**	,498**	-,164*	,152	-,024
Náus/vómitos	-,007	,131	,244**	-,052	,213*	-,012
Dolor	,147	,186*	,254**	-,065	,100	-,112
Disnea	-,034	,272**	,432**	-,166*	,069	-,023
Insomnio	,092	,281**	,241**	-,074	,017	-,120
Pérdida apetito	,230**	,330**	,367**	,051	,186*	,045
Estreñimiento	,069	,096	,265**	-,080	,041	,122
Diarrea	,153	,181*	,228**	-,038	,190*	,167*
Dif. económicas	,274**	,246**	,163*	,023	,032	-,020

Nota: * $p < ,05$; ** $p < ,01$

3.3. Modelos de regresión lineal

En cada una de las ecuaciones de regresión se usaron una de las dimensiones de la calidad de vida como variable dependiente. Como predictores, en cada ecuación usamos las variables que resultaron significativas en los análisis realizados. Los modelos de regresión finales para cada variable dependiente se muestran en la Tabla 8 y 9.

Para el estado global de salud, la ecuación de regresión tiene una $R^2 = 0,429$ $F = 15,163$, $p < 0,001$. El apoyo instrumental de los amigos ($\beta = 0,187$, $p = 0,022$), el apoyo emocional del personal sanitario ($\beta = 0,169$, $p = 0,040$), y encontrarse en fase de revisión/alta médica ($\beta = 0,339$, $p < 0,001$) contribuyen a un mejor estado de salud global. En cambio, la resignación ($\beta = -0,335$, $p < 0,001$) y ser mujer ($\beta = -0,185$ $p = 0,018$) predicen un menor estado global de salud. En cuanto a las escalas de funcionamiento, la ecuación de regresión del funcionamiento físico tiene una $R^2 = 0,250$ $F = 17,323$, $p < 0,001$. Un estilo de afrontamiento basado en la resignación ($\beta = -0,340$, $p =$

<0,001) y encontrarse en tratamiento ($\beta = 0,262, p = 0,005$) contribuye a un peor funcionamiento físico. La ecuación de regresión de la realización de actividades cotidianas tiene una $R^2 = 0,042$ $F = 4,578, p = 0,035$. El apoyo emocional de la familia ($\beta = 0,104, p = 0,035$) se relaciona con un mejor funcionamiento en las actividades cotidianas. El funcionamiento emocional tiene una ecuación de regresión de $R^2 = 0,221$ $F = 9,744, p < 0,001$. El uso de la estrategia basada en la evitación ($\beta = -0,275, p = 0,005$) y la basada en la resignación ($\beta = -0,239, p = 0,014$) contribuyen a un peor funcionamiento emocional. En cambio, un locus de control interno (internalidad) ($\beta = 0,186, p = 0,038$) contribuye a un mejor funcionamiento emocional. Por último, el funcionamiento cognitivo tiene una ecuación de regresión de $R^2 = 0,238$ $F = 10,702, p < 0,001$. El apoyo instrumental de los amigos ($\beta = 0,272, p = 0,002$) contribuye a un mejor funcionamiento cognitivo. La estrategia de confrontación ($\beta = -0,183, p = 0,036$) y de resignación ($\beta = -0,347, p = <0,001$) se relacionan con un peor funcionamiento cognitivo. Los resultados no mostraron modelos significativos para predecir el funcionamiento social.

En cuanto a las escalas de síntomas, la ecuación de regresión para la escala de dolor tiene una $R^2 = 0,109$ $F = 6,338, p < 0,001$. El apoyo instrumental del personal sanitario ($\beta = -0,232, p = 0,014$) y encontrarse en fase de revisión ($\beta = -0,256, p = 0,007$) se relaciona con un menor dolor. La ecuación de regresión para la disnea es de $R^2 = 0,275$ $F = 13,010, p < 0,001$. El apoyo emocional de los amigos ($\beta = -0,275, p = 0,004$) y estar en revisión ($\beta = -0,208, p = 0,024$) contribuyen a una menor disnea. En cambio, la resignación del paciente ($\beta = 0,324, p = 0,001$) predice un aumento de disnea. Finalmente, la escala pérdida de apetito tiene una ecuación de $R^2 = 0,184$ $F = 11,731, p < 0,001$. La confrontación ($\beta = 0,223, p = 0,013$) y resignación ($\beta = 0,363, p = <0,001$) contribuyen a una mayor pérdida de apetito. Sin embargo, los resultados no mostraron modelos significativos para predecir síntomas como la fatiga, las náuseas y vómitos, el insomnio y los problemas gastrointestinales, así como las dificultades económicas.

Tabla 8. *Análisis de regresión múltiple para estado global de salud y escalas funcionales (N=107)*

Estado Global de Salud					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	47,696	16,943		2,815	,006
Instr. Amigos	3,424	1,471	,187	2,328	,022
Emoc. P. Sanitario	3,325	1,602	,169	2,076	,040
Aceptación/resignación	-10,958	2,719	-,335	-4,030	<,001
Sexo	-11,851	4,921	-,185	-2,408	,018
Fase del tratamiento	17,024	4,110	,339	4,142	<,001
<i>R</i> = ,655 <i>R</i> ² = ,429 <i>R</i> ² ajustado = ,400 <i>F</i> = 15,163 Sig. = <,001**					
Funcionamiento Físico					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	75,062	10,021		7,490	<,001
Aceptación/Resignación	-10,210	2,739	-,340	-3,727	<,001
Fase del Tratamiento	12,051	4,200	,262	2,869	,005
<i>R</i> = ,500 <i>R</i> ² = ,250 <i>R</i> ² ajustado = ,235 <i>F</i> = 17,323 Sig. = <,001**					
Actividades cotidianas					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	37,645	13,863		2,715	,008
Emoc. Familia	6,796	3,177	,204	2,140	,035
<i>R</i> = ,204 <i>R</i> ² = ,042 <i>R</i> ² ajustado = ,033 <i>F</i> = 4,578 Sig. = <,05*					
Rol Emocional					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	84,296	14,385		5,860	<,001
Evitación	-14,226	4,938	-,275	-2,881	,005
Aceptación/Resignación	-10,496	4,213	-,239	-2,491	,014
Internalidad	1,017	,484	,186	2,100	,038
<i>R</i> = ,470 <i>R</i> ² = ,221 <i>R</i> ² ajustado = ,198 <i>F</i> = 9,744 Sig. = <,001**					

Funcionamiento Cognitivo

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	97,891	18,357		5,333	<,001
Intr. Amigos	6,681	2,129	,272	3,138	,002
Confrontación	-11,201	5,285	-,183	-2,119	,036
Aceptación/Resignación	-15,237	3,793	-,347	-4,017	<,001

$R = ,487$ $R^2 = ,238$ $R^2_{ajustado} = ,215$ $F = 10,702$ Sig. = <,001**

Nota 1. * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Nota 2. Sexo: 1 = masculino y 2 = femenino; Fase del tratamiento: 1 = en tratamiento y 2 = en revisión/alta médica

Tabla 9. Análisis de regresión múltiple para las escalas de síntomas ($N=107$)

Dolor

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	106,357	17,290		6,151	<,001
Inst. P. Sanitario	-6,954	2,787	-,232	-2,495	,014
Fase del tratamiento	-19,798	7,177	-,256	-2,758	,007

$R = ,330$ $R^2 = ,109$ $R^2_{ajustado} = ,092$ $F = 6,338$ Sig. = <,001**

Disnea

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	68,467	22,747		3,010	,003
Emoc. Amigos	-9,060	3,085	-,250	-2,937	,004
Aceptación/Resignación	16,467	4,647	,324	3,543	,001
Fase del tratamiento	-16,214	7,079	-,208	-2,291	,024

$R = ,524$ $R^2 = ,275$ $R^2_{ajustado} = ,254$ $F = 13,010$ Sig. = <,001**

Pérdida de apetito

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	-53,838	21,060		-2,556	,012
Confrontación	16,272	6,469	,223	2,515	,013
Aceptación/Resignación	19,010	4,646	,363	4,092	<,001

$R = ,429$ $R^2 = ,184$ $R^2_{ajustado} = ,168$ $F = 11,731$ Sig. = <,001**

Nota 1. * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Nota 2. Sexo: 1 = masculino y 2 = femenino; Fase del tratamiento: 1 = en tratamiento y 2 = en revisión/alta médica

4. Discusión y conclusión

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre la satisfacción con el apoyo social, las estrategias de afrontamiento durante la enfermedad y el locus de control con la calidad de vida atendiendo a variables sociodemográficas y de salud tales como el sexo, la fase del proceso médico y el tipo de tratamiento oncológico en la actualidad. Los resultados arrojados han confirmado en general las hipótesis planteadas.

En relación con la primera hipótesis, se han mostrado resultados estadísticamente significativos que relacionan negativamente los estilos de afrontamiento pasivos (evitación y resignación) con la calidad de vida. Es decir, con un peor estado global de salud, menor funcionamiento y mayores síntomas. Estos resultados son avalados por diversos estudios que relacionan la resignación con mayores síntomas de depresión frente a los pacientes que utilizan estrategias orientadas al problema (confrontación), basadas en la búsqueda de apoyo social y con ello mejoran su calidad de vida tras el diagnóstico y tratamiento (Aguado-Loi et al., 2013). Del mismo modo se observa que la resignación junto con la evitación son una de las principales estrategias de afrontamiento puestas en marcha durante el proceso de enfermedad. Esto se debe a su función de mediar los impactos negativos a corto plazo y así proporcionar una sensación de bienestar que no tiene por qué ser congruente con el estado de salud global o de aspectos de la calidad de vida (Lashbrook et al., 2018). Otras investigaciones muestran la relación positiva entre el uso de estrategias de afrontamiento positivas que impliquen la búsqueda de apoyo social y la mejora de la calidad de vida (Wen et al., 2017).

En cuanto a la segunda hipótesis planteada, los resultados de este estudio confirman la relación entre la internalidad o locus de control interno con un aumento de alguna dimensión de la calidad de vida. Esto concuerda con los resultados de otras investigaciones que mostraban en mujeres con cáncer de mama la relación entre el locus de control interno con menores síntomas de ansiedad y depresión y una mayor calidad de vida (Pahlevan-Sharif, 2017). Se observa también que los pacientes con orientación interna se perciben así mismos con mayor competencia para afrontar la enfermedad contando con herramientas eficaces para disminuir el impacto negativo y con ello una mejora de su bienestar (Dehkordi et al., 2009). Por otro lado, la investigación muestra que los pacientes que tienen un locus de control externo muestran una peor calidad de vida ya que trasladan toda la responsabilidad sobre el transcurso de la enfermedad a agentes externos (Cheng et al., 2016).

En relación al apoyo social, las investigaciones muestran que el apoyo social emocional predice una mayor calidad de vida tanto a nivel de funcionamiento social, como familiar o de actividades cotidianas y de funcionamiento físico (Hill, 2016). Estos resultados se observan en la presente investigación en la que el apoyo emocional de amigos, familia y personal sanitario predice una menor disnea, mayor funcionamiento en las actividades cotidianas y mayor estado global de salud, respectivamente. En cuanto al apoyo social instrumental, se observa la importancia del apoyo instrumental de los amigos y del personal sanitario en la mejora de la calidad de vida (mayor estado global de salud, mayor funcionamiento cognitivo y menor dolor). Los estudios evidencian la relación entre la satisfacción con el apoyo social recibido por parte del personal sanitario con una mayor calidad de vida mientras que aquellos que se mostraban insatisfechos con la atención de los profesionales de salud tenían peor calidad de vida (Luszczynska et al., 2013). Del mismo modo, otras investigaciones muestran la relación entre el apoyo social percibido de los amigos con un mayor control durante el proceso de enfermedad y con ello una mejora del bienestar en términos de calidad de vida (Faraci y Bottaro, 2022)

Finalmente, la última hipótesis indica que los pacientes que se encuentran en tratamiento perciben una menor calidad de vida en comparación con los que se encuentran en revisión. Esta hipótesis se confirma con los resultados obtenidos, lo cual está avalado por otras investigaciones que ponen el énfasis en que la reducción de la calidad de vida durante el tratamiento es debido a las consecuencias tóxicas que tienen los tratamientos en estos pacientes (Ruiz-Rodríguez et al.,

2021). También se han observado resultados similares en otros estudios que comparaban la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata en el momento del diagnóstico, previo al tratamiento oncológico y tras el primer año de este (Rencsok et al., 2023). Existían diferencias considerables en la calidad de vida en ambos momentos, lo que apoya los resultados obtenidos en este estudio sobre la peor calidad de vida durante el tratamiento. Esta pérdida de calidad de vida se cuantifica en esta investigación en una mayor expresión de dolor durante la fase de tratamiento. Como informan otros estudios, el dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer lo que influye considerablemente en su calidad de vida (Neufeld et al., 2017).

Los resultados significativos de este estudio resaltan la importancia de analizar desde un enfoque multidimensional el apoyo social percibido por los pacientes. Esto permitirá ajustar las intervenciones atendiendo a las fuentes de apoyo que resulten importantes para el paciente y al tipo de apoyo según sus necesidades expresadas. Del mismo modo, esta investigación aporta datos significativos sobre el locus de control interno en la mejora de la calidad de vida, siendo escasos estos resultados en la bibliografía existente.

4.1. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones observadas en este estudio es la baja participación de hombres. Para futuras investigaciones sería necesario equiparar ambos grupos con el fin de obtener datos más representativos. Por otro lado, aunque se han obtenido datos relevantes sobre la fase del proceso médico y el tipo de tratamiento en la actualidad, sería necesario llevar a cabo un análisis en pacientes con diferentes tipos de cáncer concretos, para extraer resultados referentes a cómo el tipo de cáncer puede influir de forma diferente en la calidad de vida de los pacientes.

4.2. Implicaciones clínicas y prácticas

El aumento de la supervivencia en los pacientes diagnosticados de cáncer pone de relieve la importancia de estudios que pretenden conocer la relación e influencia de aspectos psicosociales en la calidad de vida. Este estudio arroja datos sobre la importancia de atender todos los contextos del paciente, así como los aspectos psicológicos del mismo con el fin de mejorar su bienestar y adecuar las intervenciones por parte de todos los profesionales de la salud. Del mismo modo, conocer las estrategias de afrontamiento más adaptativas durante un proceso de enfermedad y el

lugar del locus de control en el paciente supone mejorar la calidad de vida en el tratamiento oncológico.

5. Referencias bibliográficas

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. J. M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Aguado Loi, C. X., Baldwin, J. A., McDermott, R. J., McMillan, S., Martinez Tyson, D., Yampolskaya, S., & Vandeweerd, C. (2013). Risk factors associated with increased depressive symptoms among Latinas diagnosed with breast cancer within 5 years of survivorship. *Psycho-oncology*, 22(12), 2779–2788. <https://doi.org/10.1002/pon.3357>
- Arrarás, J. I., Illarramendi, J. J., & Valerdi, J. J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de La Salud*, 7(1), 13-33.
- Berglund, E., Lytsy, P., & Westerling, R. (2014). The influence of locus of control on self rated health in context of chronic disease: A structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 492. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-492>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Cella D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186–192. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)
- Cella D. F. (1995). Methods and problems in measuring quality of life. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 3(1), 11–22. <https://doi.org/10.1007/BF00343916>

- Cheng, C., Cheung, M. W., & Lo, B. C. (2016). Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health psychology review, 10*(4), 460–477.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1219672>
- Dehkordi, A., Heydarnejad, M. S., & Fatehi, D. (2009). Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. *Oman medical journal, 24*(3), 204–207.
<https://doi.org/10.5001/omj.2009.40>
- Faraci, P., & Bottaro, R. (2022). Association Between Perceived Social Support, Illness Perception, Life Orientation, Life Satisfaction, and Quality of Life Within a Sample of Cancer Patients. *International journal of psychological research, 15*(1), 9–19.
<https://doi.org/10.21500/20112084.5263>
- Feifel, H., Strack, S., & Nagy, V. T. (1987a). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic medicine, 49*(6), 616–625.
<https://doi.org/10.1097/00006842-198711000-00007>
- Feifel, H., Strack, S., & Nagy, V. T. (1987b). Degree of life threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research, 31*, 91–99
- Fitch, M. I., Strohschein, F. J., & Nyrop, K. (2021). Measuring quality of life in older people with cancer. *Current opinion in supportive and palliative care, 15*(1), 39–47.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000535>
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología, 6*(1), 27.
- García-Martín, M. A., Hombrados-Mendieta, M. I. y Gomez-Jacinto, L. (2016). A Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología, 32* (2), 501-515.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.201941>
- González, L. P., Estrada, C., Robles, R., Orozco, I., Meda, R. M., & Daneri, A. (2014). Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental y la

- modificación de roles familiares en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 11(1), 59-70.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44917
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, 69(5), 511-520.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 39(1-2), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Heß, V., Meng, K., Schulte, T., Neuderth, S., Bengel, J., Faller, H., & Schuler, M. (2022). Decreased mental health, quality of life, and utilization of professional help in cancer patients with unexpressed needs: A longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 31(5), 725-734. <https://doi.org/10.1002/pon.5856>
- Hill E. M. (2016). Quality of life and mental health among women with ovarian cancer: examining the role of emotional and instrumental social support seeking. *Psychology, health & medicine*, 21(5), 551–561. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1109674>
- Hombrados-Mendieta, M. I. (2014). Manual de psicología comunitaria. España: Síntesis
- Karbowa-Płowens M. (2023). Attachment styles, coping with stress, and social support among cancer patients. *Contemporary oncology (Poznan, Poland)*, 27(2), 95–100.
<https://doi.org/10.5114/wo.2023.130015>
- Koop, P.M. (1994). Stress, appraisal and coping with cancer. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Doctoral Tesis. University of Alberta. <https://doi.org/10.7939/R32F7K08H>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer
- Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N., & Bernardes, C. M. (2018). Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A

- Literature Review. *Cancer nursing*, 41(5), E23–E39.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., & Brudniak, J. (2020). Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 6938.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
- Lin, N., Dean, A., Ensel, W. M. (1986). Social support, life events and depressions, Nueva York, *Academic Press*.
- Llave, K., & Hoyt, M. A. (2022). Social constraints and cancer-related quality of life in single and partnered young adult testicular cancer survivors: a contextual approach. *Journal of psychosocial oncology*, 40(6), 743–755. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.2002995>
- Lu, X., Wu, C., Bai, D., You, Q., Cai, M., Wang, W., Hou, C., & Gao, J. (2023). Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1136013.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136013>
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-oncology*, 22(10), 2160–2168. <https://doi.org/10.1002/pon.3218>
- Mohammadipour, M., & Pidad, F. (2021). Coping strategies, locus of control, and quality of life in patients with early-stage breast cancer. *The Journal of Psychology*, 155(4), 375–386.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1816873>
- Neufeld, N. J., Elnahal, S. M., & Alvarez, R. H. (2017). Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future oncology (London, England)*, 13(9), 833–841.
<https://doi.org/10.2217/fon-2016-0423>
- Pahlevan Sharif S. (2017). Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European journal of*

oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, 27, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.01.005>

Parkar, S., Sharma, A., & Shah, M. (2022). A Prospective Study to Evaluate the Impact of Cancer Directed Treatment on Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients. *The Gulf journal of oncology*, 1(38), 61–71.

Rencsok, E. M., Slopen, N., Autio, K., Morgans, A., McSwain, L., Barata, P., Cheng, H. H., Dreicer, R., Heath, E., McKay, R. R., Pomerantz, M., Rathkopf, D., Tagawa, S., Whang, Y. E., Ragin, C., Odedina, F. T., George, D. J., Kantoff, P. W., Vinson, J., Villanti, P., ... IRONMAN Registry (2023). Quality of life in the year after new diagnosis with advanced prostate cancer for Black and White individuals living in the US. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 32(11), 3209–3221. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03468-0>

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A. & Martos-Méndez, M. J. (2021). The association of sources of support, types of support and satisfaction with support received on perceived stress and quality of life of cancer patients. *Integrative cancer therapies*, 20. <https://doi.org/10.1177/1534735421994905>

Singh, D. (2010) Quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*. 16 (1), 36–43. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.63133>

Skwirczyńska, E., Cymbaluk-Płoska, A., & Wróblewski, O. (2023). Psychological Associations of Stress with the Level of Health Locus of Control and Self-Efficacy in Patients with Ovarian Cancer. *Journal of clinical medicine*, 12(21), 6816. <https://doi.org/10.3390/jcm12216816>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2024). *Las cifras del cáncer en España*. https://www.seom.org/images/LAS_CIFRAS_2024.pdf

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tomás-Sábado, J., & Montes-Hidalgo, J. (2016). Versión española de la Escala multidimensional de locus de control de la salud (MHLC) en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.12.005>
- Torrigo, E. (1995). *Actitudes ante el cáncer: De lo temido a lo vivido*. [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]
- Torrigo, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28601>
- Vargas-Román, K., Tovar-Gálvez, M. I., Liñán-González, A., Cañadas de la Fuente, G. A., de la Fuente-Solana, E. I., & Díaz-Rodríguez, L. (2022). Coping Strategies in Elderly Colorectal Cancer Patients. *Cancers*, 14(3), 608. <https://doi.org/10.3390/cancers14030608>
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(1):160-170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
- Wen, Q., Shao, Z., Zhang, P., Zhu, T., Li, D., & Wang, S. (2017). Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 216, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.004>
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (2024, 1 de febrero). Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

Yeh, Y. C., Kuo, S. F., & Lu, C. H. (2023). The relationships between stress, coping strategies, and quality of life among gynecologic cancer survivors. *Nursing & health sciences*, 25(4), 636–645. <https://doi.org/10.1111/nhs.13056>

